Tome II. — N° 3 Octobre 1958

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'ENCEPHALOGRAPHIE FRACTIONNEE ET L'ELECTROENCEPHALOGRAMME DANS LA PSYCHOSE MANIAQUE DEPRESSIVE

PAR

P. BORENSTEIN, M. DABBAH et J. METZGER

Poursuivant nos investigations électroencéphalographiques et pneumoencéphalographiques chez des malades présentant des troubles mentaux, nous nous sommes attachés dans ce travail à l'étude de la psychose maniaque dépressive.

Dans le dessein d'obtenir un groupe clinique homogène, nous avons éliminé toutes les formes marginales pour ne conserver que les formes typiques correspondant aux différents aspects cliniques que comprend la psychose maniaque dépressive telle qu'elle est décrite depuis Baillarger, Falret et Kræpelin. Ainsi, sur les 125 malades hospitalisés que nous avons réunis pour cette étude, nous décrirons des cas à accès uniquement maniaques (manie intermittente), des cas à accès uniquement mélancoliques (mélancolie intermittente) et enfin des cas où les accès de manie et de mélancolie se succèdent de façon variable sans qu'on puisse découvrir un ordre quelconque dans cette succession (forme maniaco-dépressive).

Avant de rapporter nos résultats, nous allons brièvement rap-

peler les techniques que nous avons utilisées et les critères sur lesquels nous nous sommes fondés pour interpréter nos examens.

Au point de vue électroencéphalographique, tous nos enregistrements ont été effectués sur un appareil Alvar 10 plumes, en utilisant la méthode bipolaire avec une vitesse de déroulement de 15 millimètres par seconde et une amplification de 50 microvolts correspondant à 5 millimètres ; quatre séries de montages préétablis ont été employées de façon systématique au cours de chaque enregistrement (longitudinal à courte et grande distance inter-électrode, transverse et circulaire). Chaque examen comprenait de plus une épreuve d'hyperpnée provoquée d'une durée de 4 à 5 minutes et une activation lumineuse intermittente réalisée grâce au stroboscope Alvar (fréquence de départ : 3 éclats simples par seconde avec progression croissante par unité jusqu'à 25 et décroissante jusqu'à 0 par la suite). En nous basant sur les critères de normalité et d'anormalité que nous avons décrits dans un travail précédent (1), nous avons réparti les rythmes électriques de la façon suivante :

A) Tracés normaux (fig. 1) : 1° Alpha sinusoïdal bien modulé, s'inscrivant en fuseau plus ou moins régulier de longueur variable, persistant tout au long de l'enregistrement sans être modifié par l'hyperpnée ou la stimulation lumineuse intermittente (type A_1). 2° Alpha sinusoïdal associé à quelques bouffées de thêta de même amplitude, d'aspect plus ou moins régulier. Dans certains cas, le tracé présente des rythmes de voltage très réduit, le rythme alpha apparaissant surtout à la fermeture des yeux. Les épreuves d'hyperpnée ou de stimulation lumineuse intermittente accentuent parfois, de façon d'ailleurs modérée, soit le voltage, soit les bouffées de thêta (type A_2).

B) Tracés pathologiques (fig. 2) : 1° Alpha sinusoïdal avec nombreuses bouffées paroxystiques de thêta d'amplitude supérieure à l'amplitude de base. Dans certains cas, l'alpha est beaucoup plus rare et le rythme de fond est formé principalement de thêta (type B_1). 2° Rythmes rapides pointus, continus de 30 à 40 microvolts, intéressant toutes les dérivations (type B_2). 3° Rythme de fond régulier ou non avec inscription d'anomalies électriques importantes formées de delta polymorphe, pointes, ondes aiguës isolées, pointes-ondes typiques et dégradées, bouffées de delta ou thêta monomorphe de grande amplitude (type B_3).

Au point de vue pneumoencéphalographique, nous avons utilisé la méthode de l'encéphalographie fractionnée de Lindgren, technique que nous avons longuement décrite dans notre travail portant sur les syndromes schizophréniques (2). Rappelons que cette méthode permet de faire une étude complète et détaillée des différentes structures cérébrales en utilisant une très petite quantité d'air (35 à 40 cc.). Dans ce même travail, nous indiquons les critères de normalité et

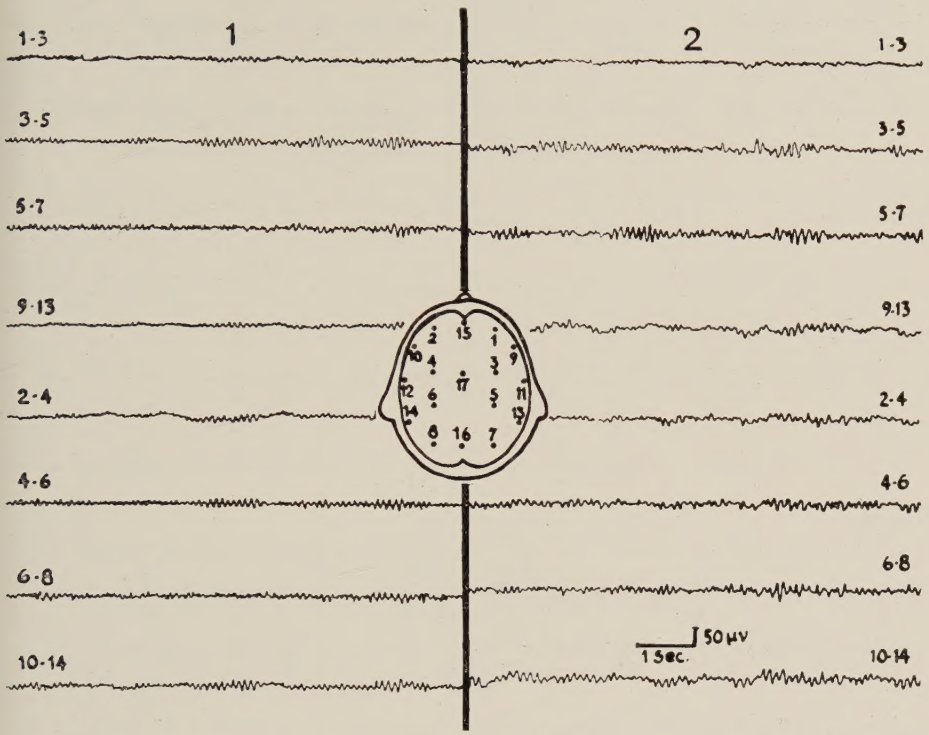

Fig. 1. — Electro-encéphalogramme normal : type A_1 alpha en fuseau, type A_2 alpha en fuseau avec rares bouffées de thêta

d'anormalité utilisés dans l'interprétation de nos images et les examens préliminaires que nous avons effectués systématiquement, avant toute encéphalographie gazeuse : un examen de fond d'œil, des radiographies standard du crâne (profil, face haute, et en incidence fronto-sous-occipitale), ainsi qu'un ou plusieurs enregistrements électroencéphalographiques. De plus, au cours de l'examen, nous avons prélevé du liquide céphalo-rachidien avant chaque nouvelle injection d'air pour effectuer une analyse cytologique et chimique.

Signalons dès maintenant que tous les examens ophtalmologiques et les radiographies standard se sont révélés normaux. Une seule malade présente une oxycéphalie (fig. 3).

Les états maniaques

Nous avons réuni dans ce groupe 19 malades qui ont présenté des accès uniquement maniaques : 4 ont eu un accès unique isolé, 10 de nombreux accès et 5 ont évolué après un nombre d'accès variable vers un état de manie chronique.

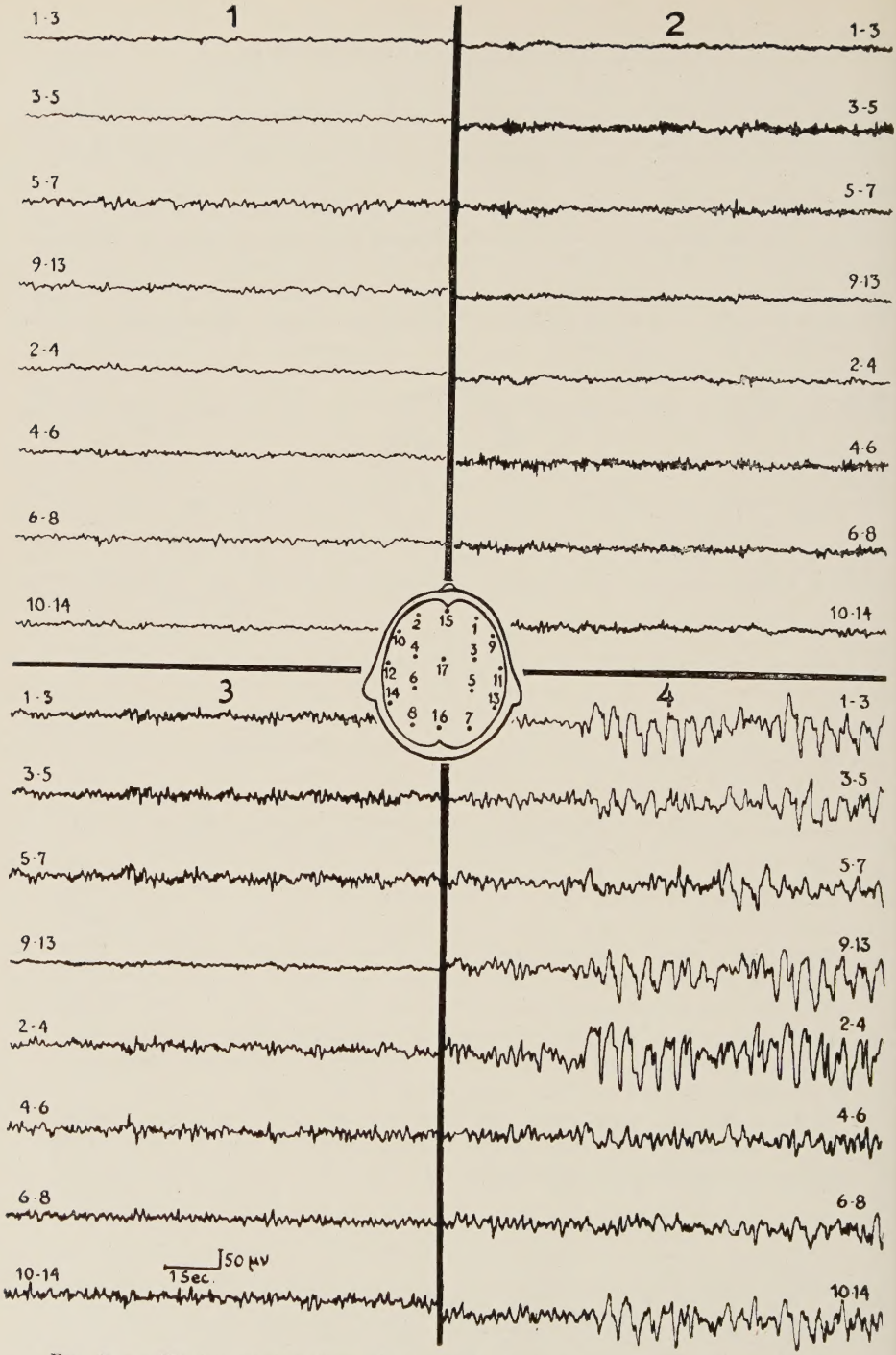

FIG. 2. — Electro-encéphalographie pathologique : type B_1 absence d'alpha, rythme lent de la bande du thêta. Type B_2 absence d'alpha, rythmes rapides de 25 à 50 microvolts supérieurs à 20 cycles par seconde avec pointes de faible amplitude. Type B_3 rare alpha avec rythme de fond irrégulier de la bande du thêta intriqué de pointes (3). Pointes, pointes-ondes dégradées de grande amplitude, tracé de type épileptique (4).

Age actuel	Nombre de malades	Maniaco-dépressif						Manie						Mélancolie					
		Avec accès intermit.		Avec accès atypique		Chronique		Un seul acces		Accès intermit.		Chronique		Un seul accès		Accès intermit.		Chronique	
		NL.	Pathol.	NL.	Pathol	NL.	Pathol.	NL.	Poth	NL.	Path	NL.	Pathol.	NL.	Poth.	NL	Pathol.	NL.	Pathol.
15 - 20	4	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1 (CT)	0	0	0	0	0	0
20 - 25	5	2	1 (CT)	0	0	0	1 (CF. F)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 - 30	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
30 - 35	8	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (III)	0	0	1	0	0	0
35 - 40	6	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1 (CT FPO)	0	0
40 - 45	14	6	0	0	2 { - III. CF. FP - FP	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	0	0	0
45 - 50	26	6	0	0	2 { - III. CF. T - F	0	3 { - F - FT - III	2	0	4	0	6	0	1	0	4	1 (III. CF)	0	3 { - F - FP - FP. III. CF
50 - 55	19	2	0	0	1 (FP)	0	1 (CF. F	0	0	1	1 (III)	0	2 { - FP - III. CF. FP	2	0	4	2 { - III. T - CF	0	3 { - 2 FP - III
55 - 60	16	2	2 { - 1 III - 1 F	0	0	0	1 (CT)	0	0	1	0	0	1 (III. CF. FP.)	0	0	5	1 (CT)	0	3 { - 2 CT - III
60 - 70	22	4	0	0	0	0	3 { - III - III - III. CF. T	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5 { - 3 III - FP - P	1	5 { - 2 FP - III. CF CO - III. CF. CO. F - III. CF CO CT

TABLEAU I. — *Répartition des images pathologiques en fonction de l'âge des malades : atteinte du système sous-arachnoïdien de la convexité, frontal (F), pariétal (P), occipital (O), temporal (T) ; atteinte du système ventriculaire, cornes occipitales (CO), cornes temporales (CT), cornes frontales (CF), et troisième ventricule (III).*

Manie (accès isolé unique) : Sur les quatre malades de ce groupe, trois, âgés respectivement de 17, 46 et 50 ans, ont présenté un état d'excitation maniaque pure, le quatrième âgé de 18 ans une manie confuse ; au bout de quelques jours, un état maniaque pur a succédé à la phase confusionnelle du début. Nous n'avons trouvé aucune hérédité psychopathique personnelle ou familiale chez ces malades. Au point de vue encéphalographique, les examens se sont révélés totalement négatifs, ne mettant en évidence aucune image pathologique malgré la différence d'âge des malades. Quant aux rythmes électriques recueillis, ils étaient trois fois normaux (1 A_1, 2 A_2) et une seule fois pathologique (B_1) avec de nombreuses bouffées de thêta irrégulier et rare alpha. La réaction d'arrêt s'est toujours effectuée normalement et l'épreuve d'hyperpnée provoquée s'est révélée négative à chaque fois. Par contre, la stimulation lumineuse intermittente a entraîné trois fois les rythmes occipitaux et a provoqué une fois des myoclonies oculo-palpébrales (tracé A_2).

Manie intermittente : Ce second groupe comprend 10 malades qui ont présenté des accès répétés de manie, séparés par des intervalles lucides de durée variable. Dans quatre cas, nous avons noté au point de vue clinique des éléments confusionnels apparaissant soit au cours de l'accès initial, soit au cours d'un accès ultérieur, suivis dans cette dernière éventualité (2 malades) par l'apparition d'idées délirantes de persécution mobiles et variables. Les autres malades n'ont par contre présenté que des accès de manie pure. La crise initiale s'est produite avant 20 ans dans 20 % des cas, entre 20 et 40 ans dans 60 % des cas et après 40 ans dans les 20 % des cas restants. Quant à l'intervalle lucide entre les accès, il est trop variable pour qu'une étude statistique valable puisse être établie. Signalons, par exemple, qu'entre le premier et le deuxième accès, l'intervalle était d'un an chez quatre malades, de 3 ans chez quatre autres et de 5 à 10 ans chez les deux derniers. La durée d'évolution de l'affection est aussi variable ; elle est inférieure à 5 ans dans 40 % des cas (4 malades), de 5 à 10 ans dans 10 % des cas (1 malade) et supérieure à 10 ans dans 50 % des cas (5 malades). L'âge des malades au moment de nos examens oscille entre 20 et 60 ans ; nous trouvons ainsi deux d'entre eux âgés respectivement de 20 et 23 ans, cinq de 35 à 50 ans et trois de 50 à 60 ans. Notons enfin l'absence de toute hérédité psychopathique maniaque dépressive ou autre dans ces cas de manie intermittente.

Les examens encéphalographiques effectués nous ont permis de constater la présence d'images parfaitement normales 9 fois sur 10, soit dans 90 % des cas (fig. 4). La seule image pathologique trouvée est une dilatation isolée du III^e ventricule chez un malade qui, à partir de son deuxième accès et depuis à chaque nouvelle crise, présente une phase prodromique dypsomaniaque (fig. 5). L'étude de nos résultats, en fonction aussi bien de l'âge qu'avaient nos malades au moment de l'accès initial que de la durée d'évolution de l'affection ou

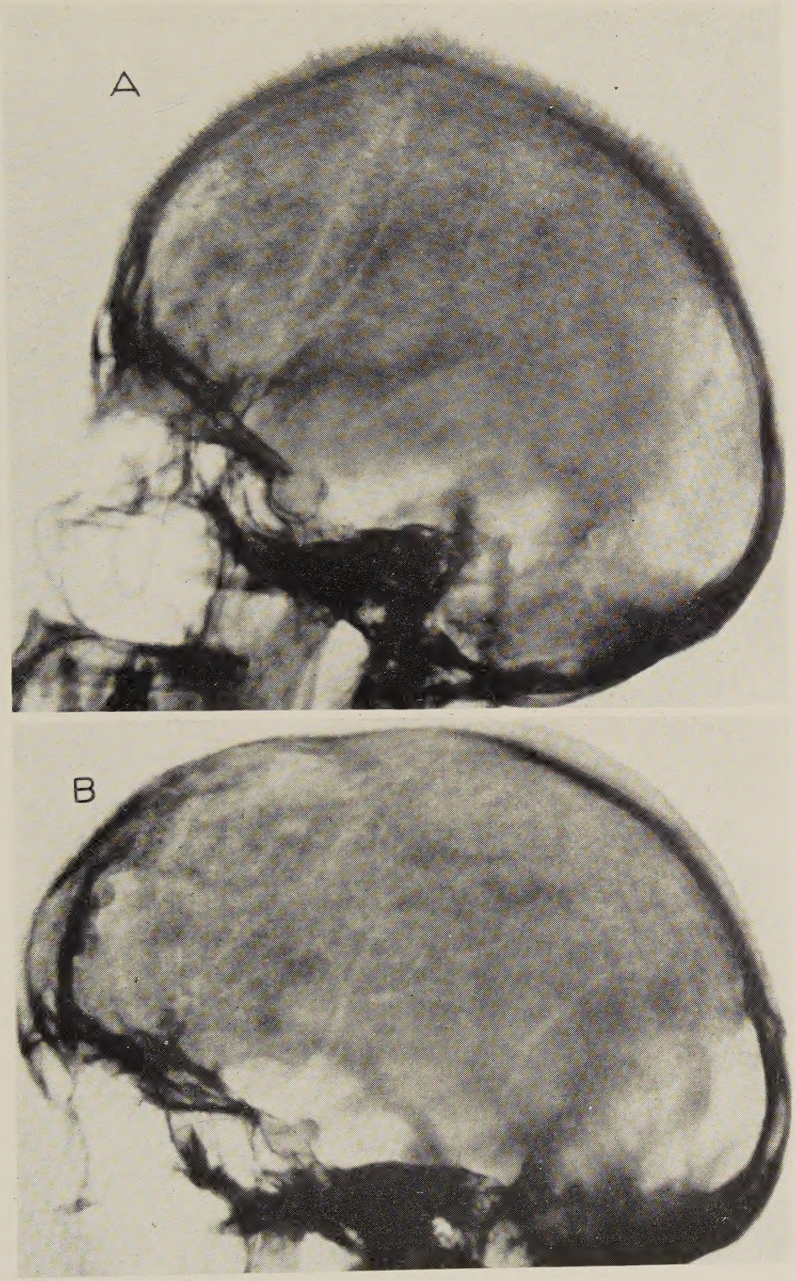

Fig. 3. — Syndrome maniaco-dépressif chez deux sœurs jumelles dizygotes (encéphalographie normale). A. Seule radiographie standard pathologique sur les 125 malades étudiés. Oxycéphalie, épaississement important de la voûte cranienne dans la région du vertex avec perte de la structure diploïque habituelle. — B. Crâne de la sœur jumelle. Dolichocéphalie avec légère hyperostose frontale interne.

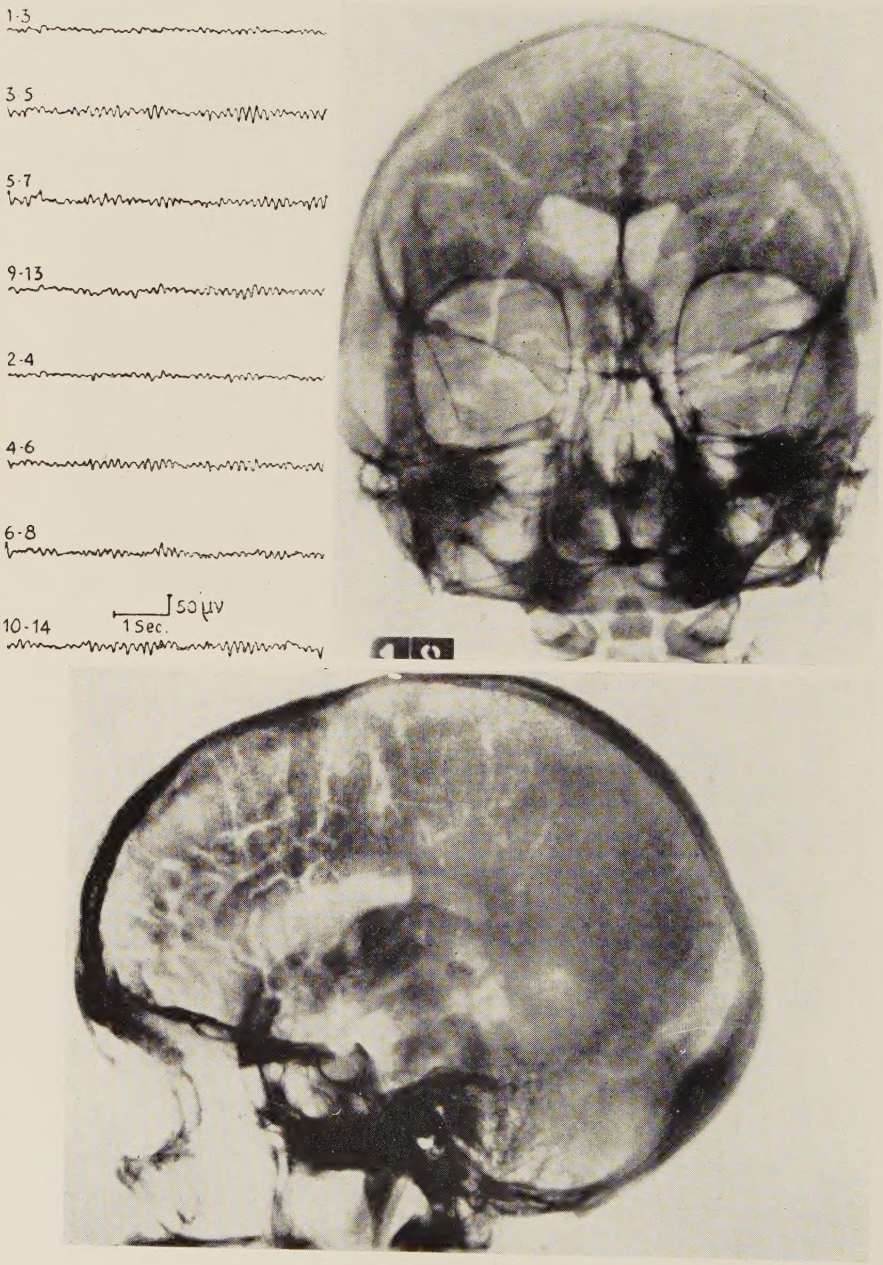

FIG. 4. — Manie intermittente. Cas de Mme L..., 36 ans. Type d'encéphalographie normale avec légère asymétrie ventriculaire constituant une variante morphologique. Sillons corticaux injectés normaux. Electroencéphalogramme normal, type A_1.

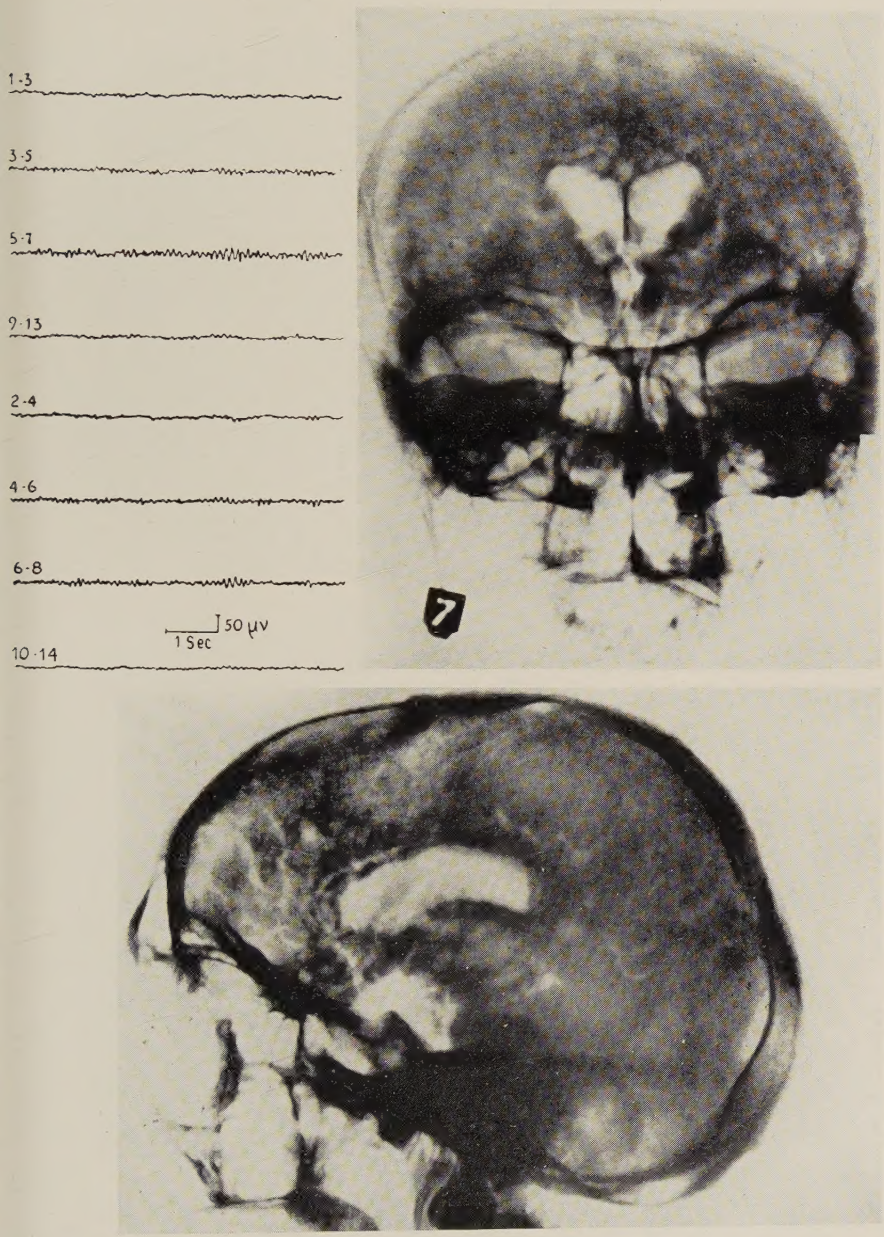

Fig. 5. — Manie intermittente. M. M..., 51 ans. Seul cas d'encéphalographie pathologique sur les 10 malades du groupe. III[e] ventricule dilaté (11 mm. de largeur). Angles supéro-externes des cornes frontales arrondis. De profil, citernes de la base légèrement agrandies. Sillon péricalleux bien injecté. Electro-encéphalogramme normal de type A_2, avec légère asymétrie.

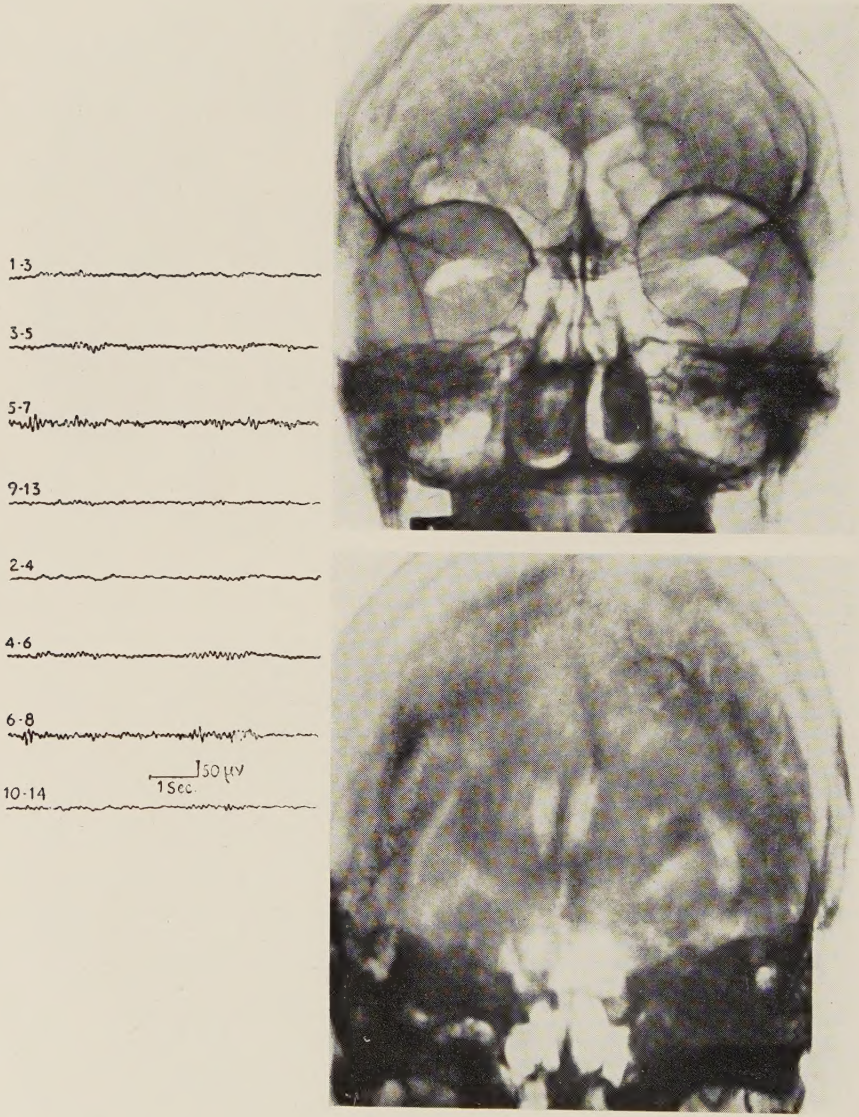

FIG. 6. — Manie chronique (5 malades, tous à encéphalographie pathologique). Cas de M. F..., 18 ans, premier accès à 13 ans, début de l'état chronique : 16 ans. Dilatation isolée de la corne temporale gauche dans son ensemble (« supra cornual » et « lateral cleft »). En incidence oblique, la partie latérale des cornes temporales est mieux dégagée, mettant en évidence la dilatation de la partie latérale de la corne gauche. Electro-encéphalogramme normal avec rares bouffées de thêta, type A_2.

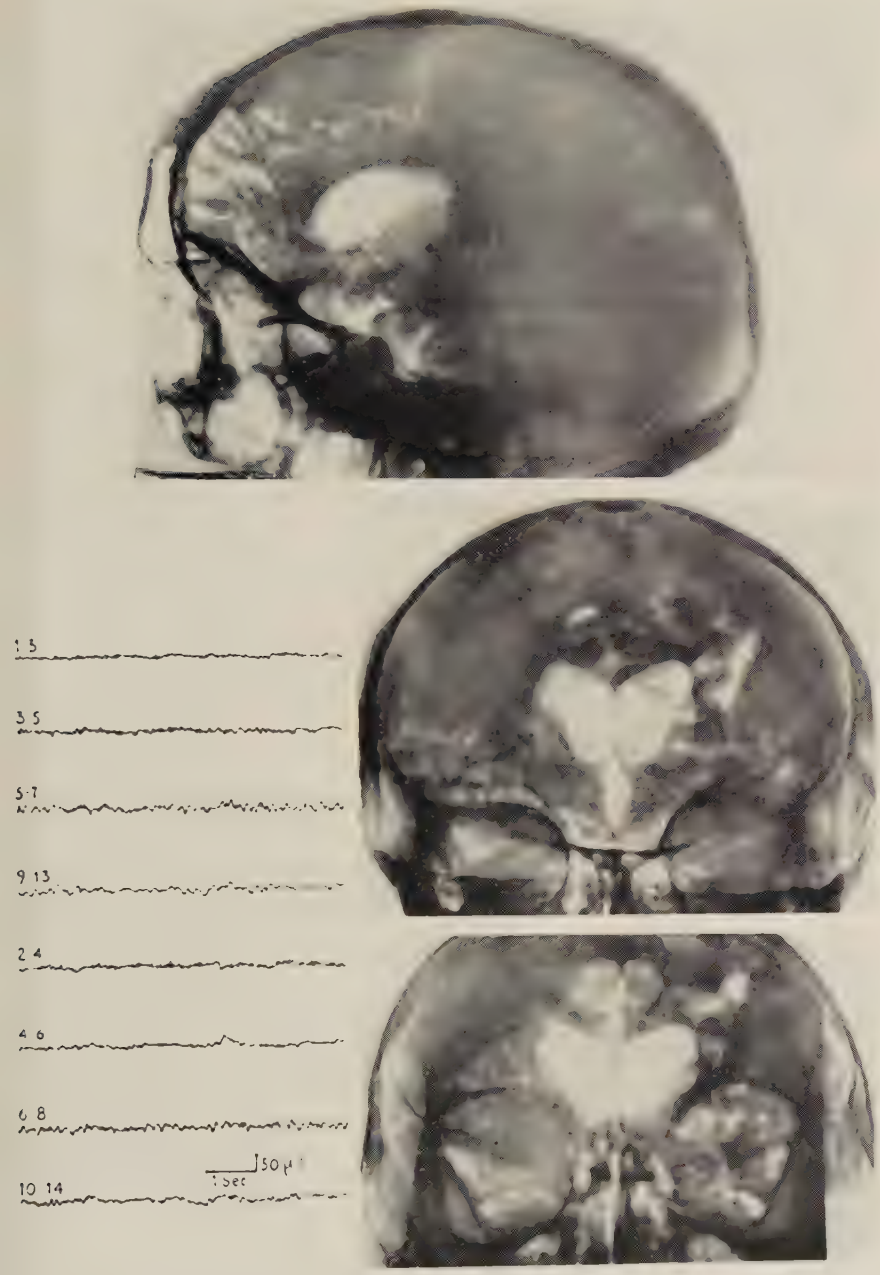

FIG. 7. — Autre cas de manie chronique. Mme G..., 56 ans. Dilatation diffuse du système ventriculaire à l'exception des cornes temporales. Sillons frontaux très élargis à prédominance gauche. Electro-encéphalographie pathologique du type B_3 : absence d'alpha, inscription d'un rythme de fond de la bande du thêta avec des rythmes rapides au niveau des régions antérieures droites, surtout.

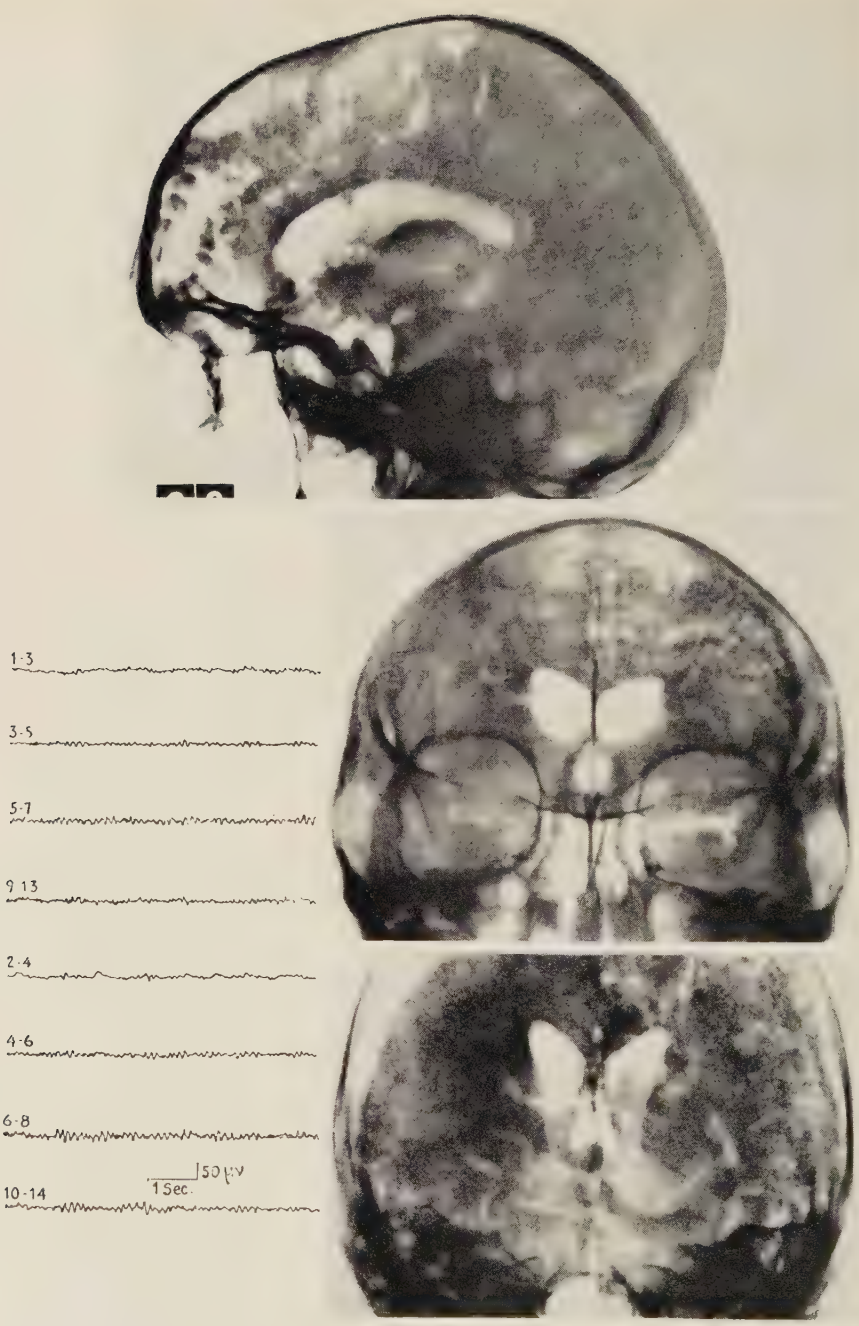

Fig. 8. — Mélancolie intermittente (40 malades). Cas de Mme M..., 51 ans, correspondant à une des 10 encéphalographies pathologiques du groupe. Dilatation du III[e] ventricule, début de dilatation des cornes frontales, cornes temporales normales. Sillons frontaux normaux. Air sous-dural dans la région frontale donnant une fausse impression d'atrophie. Electro-encéphalogramme : rythme normal de type A_2.

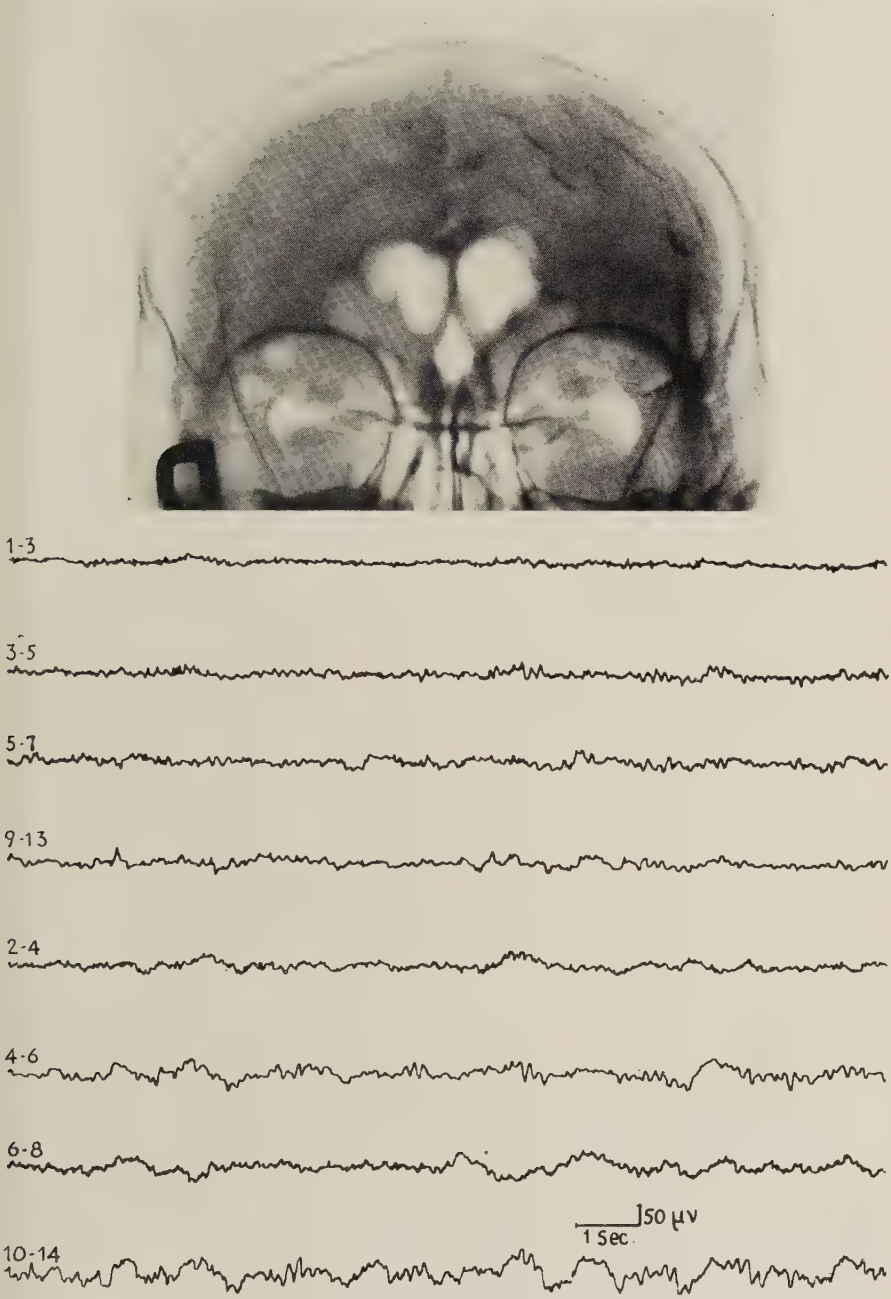

Fig. 9. — Cas de mélancolie chronique correspondant à une des 14 encéphalographies pathologiques sur les 15 observations étudiées (une seule encéphalographie normale). Mme M..., 59 ans. Syndrome de Cottard. Dilatation ventriculaire portant électivement sur la corne temporale gauche. Electro-encéphalographie pathologique : inscription de delta polymorphe au niveau de la région temporale gauche.

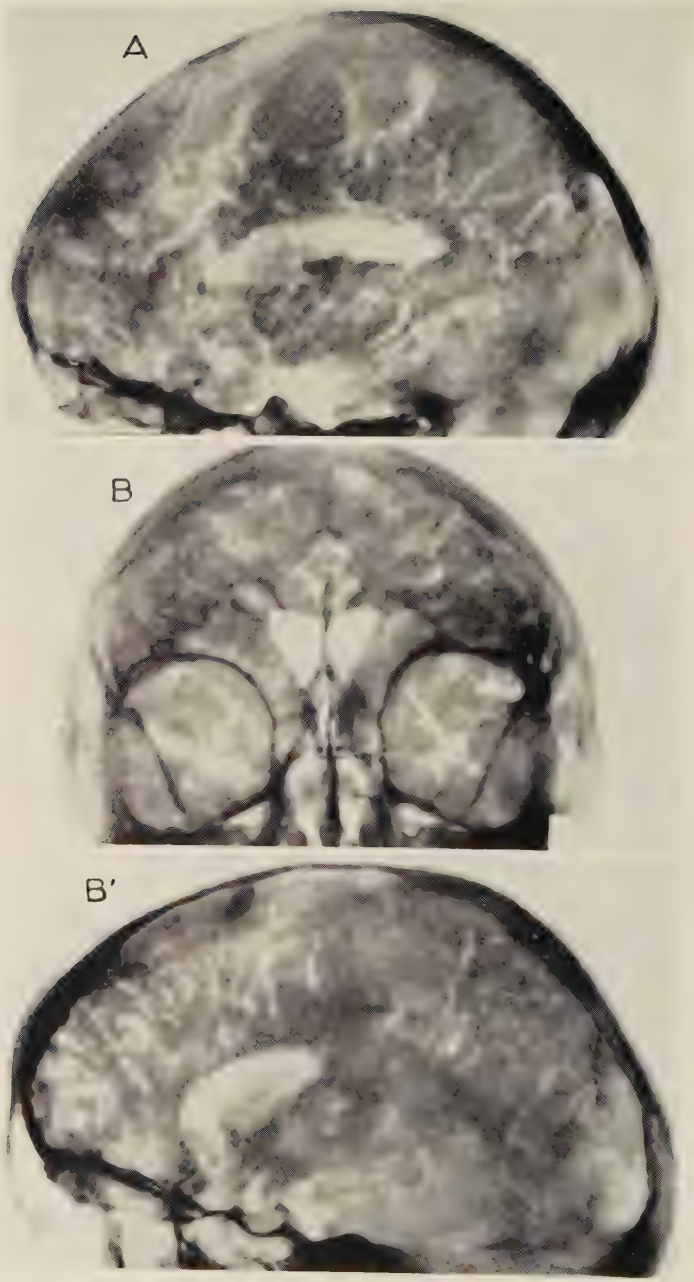

Fig. 10. — Forme maniaco-dépressive avec accès d'allure paranoïde (5 encéphalographies pathologiques sur 5 cas). A. Mlle P..., 42 ans. Elargissement des sillons corticaux, frontaux et pariétaux avec système ventriculaire normal. B. et B'. Mme D..., 49 ans. Elargissement des sillons frontaux avec système ventriculaire normal et cornes temporales très petites (les cornes temporales se projettent en B au milieu des cavités orbitaires). Electro-encéphalogramme normal de type A_1 dans les deux cas.

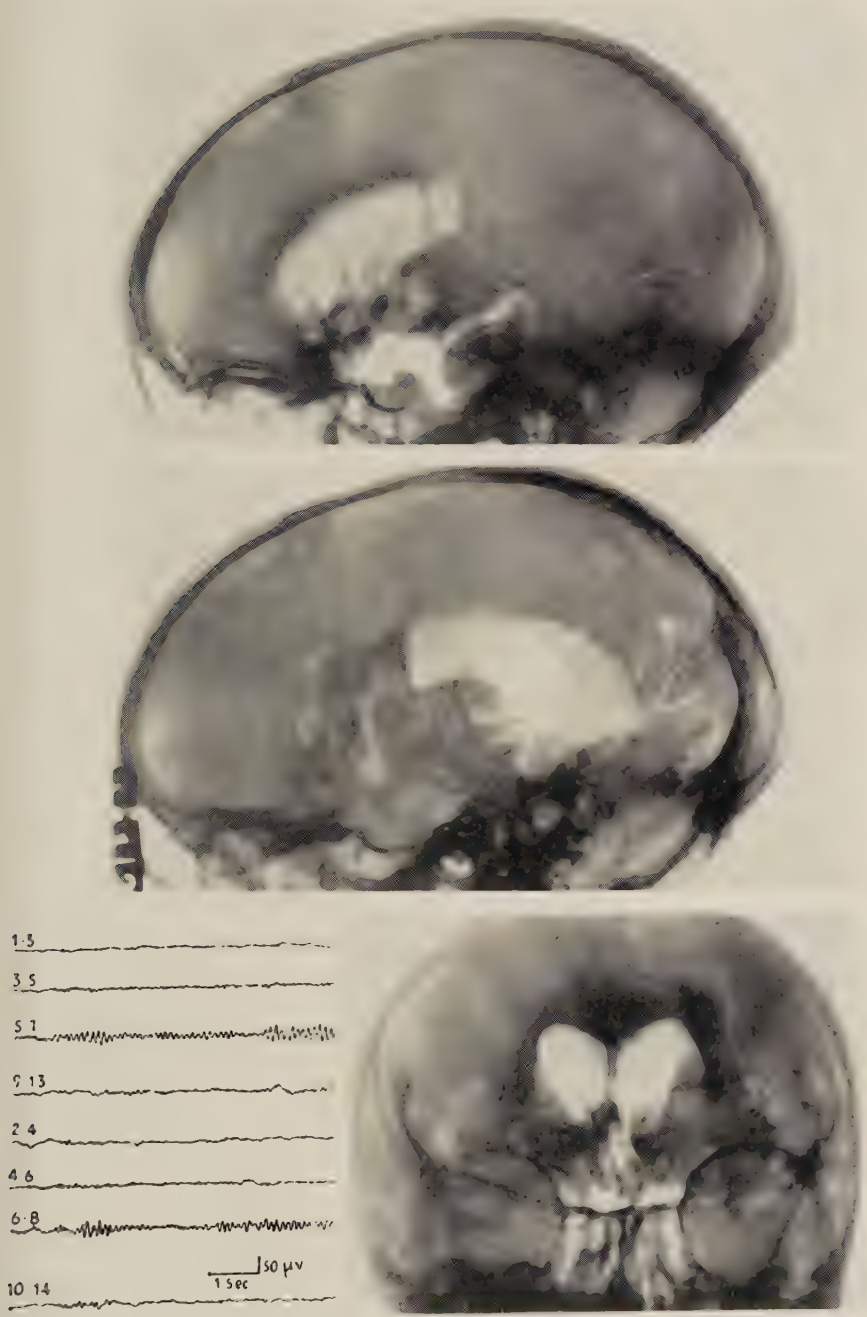

Fig. 11. — Maniaco-dépressif rémittent (9 encéphalographies pathologiques sur les 9 cas étudiés). Mme J..., 62 ans. Dilatation ventriculaire diffuse ; citernes chiasmatiques et sillons de la région de l'insula très élargis des deux côtés. Electro-encéphalogramme normal de type A_1.

du nombre d'accès, s'est révélée totalement négative, aucune corrélation n'étant apparue.

Les enregistrements électroencéphalographiques permettent de recueillir dans sept cas des rythmes normaux (1 A_1 et 6 A_2) et dans trois cas des rythmes pathologiques (1 cas B_1, 1 cas B_2 et 1 cas B_3). La réaction d'arrêt s'est toujours effectuée normalement et l'épreuve de l'hyperpnée s'est révélée sans effet dans tous les cas. La stimulation lumineuse intermittente par contre a entraîné les rythmes électriques sept fois et a provoqué des myoclonies oculo-palpébrales dans un seul cas (tracé type A_1). Nous n'avons noté aucune corrélation entre les rythmes recueillis et l'âge actuel des malades ou l'âge qu'ils avaient au début de l'affection. En mettant en parallèle nos résultats électroencéphalographiques avec la durée d'évolution de l'affection, nous avons constaté l'existence d'une prédominance de tracés pathologiques dans les cas où la psychose évoluait depuis peu de temps, et de tracés normaux quand elle durait depuis de nombreuses années.

Manie chronique : Nous avons réuni dans ce groupe cinq malades qui, à la suite d'un ou plusieurs accès de manie, ont vu s'installer un état d'excitation permanent constituant un véritable habitus maniaque. Nous distinguerons deux types cliniques dans ce groupe : dans le premier (2 malades), nous notons, sur un fond d'excitation maniaque continuelle, des exacerbations paroxystiques fréquentes, réalisant ce qu'on a appelé les manies rémittentes ; cet état s'est installé dans un cas à l'âge de 16 ans dès le deuxième accès (premier accès 13 ans, âge actuel 18 ans) et dans le second cas à l'âge de 44 ans à partir du troisième accès (premier accès à 24 ans, âge actuel 53 ans). Le second type clinique, que présentent les trois malades restants, est celui de la manie chronique simple où l'on retrouve « les traits essentiels de l'accès maniaque mais vidés de leur substance ». Le début de cet état a coïncidé avec le premier accès une fois (durée d'évolution 2 ans) et avec le second dans les deux autres cas (durée d'évolution 26 et 32 ans). Ce dernier malade présente de plus depuis trois ans des crises comitiales typiques avec un tracé électroencéphalographique de type grand mal. Un seul cas (une sœur) d'hérédité maniaque dépressive est à signaler dans ce groupe de malades.

Les résultats des examens encéphalographiques sont particulièrement homogènes ; nous notons en effet la présence d'images pathologiques chez tous les cinq malades, soit dans 100 % des cas (fig. 6 et 7). Aucune corrélation entre les images et l'âge de début ou la durée d'évolution de l'affection n'a pu être mise en évidence. L'âge des malades semble par contre jouer un rôle, car nous trouvons chez les deux malades jeunes (18 et 31 ans) des atteintes isolées du III^e ventricule ou des cornes temporales, alors que chez les autres plus âgés (plus de 50 ans) les atteintes sont plus globales, intéressant

à la fois les deux systèmes, ventriculaire et sous-arachnoïdien de la convexité (III[e] ventricule + corne frontale + cortex fronto-pariétal ; III[e] ventricule + corne frontale + corne temporale + cortex temporal), sauf dans un cas (cortex fronto-pariétal).

Pour ce qui est de l'électroencéphalographie, nous trouvons trois tracés normaux (1 A_1 et 2 A_2) et deux pathologiques (2 B_3), dont un épileptique. La réaction d'arrêt s'est toujours effectuée normalement et l'hyperpnée a provoqué une fois une accentuation des anomalies préexistantes, et une autre fois une augmentation d'amplitude du rythme de fond ; quant à la stimulation lumineuse intermittente, elle entraîne les rythmes occipitaux deux fois et donne des myoclonies oculo-palpébrales dans un seul cas (A_1).

En résumé, l'étude encéphalographique des malades présentant des accès uniquement maniaques montre la prédominance incontestable des examens négatifs dans les cas d'accès maniaques isolés (100 %) ou intermittents (90 %), avec ou sans élément confusionnel ou délirant surajouté, alors que, dans les cas de manie chronique, les examens sont tous pathologiques (100 %). Quant aux tracés électroencéphalographiques, nous trouvons une prédominance certaine de tracés normaux de l'ordre de 71 % pour les formes intermittentes et de 60 % pour les formes chroniques.

Les états mélancoliques

Dans ce second groupe, nous avons réuni 55 malades qui ont présenté des accès de type uniquement mélancolique. Nous engloberons sous le terme général de mélancolie aussi bien la dépression mélancolique simple que la mélancolie anxieuse, stuporeuse ou délirante. Le groupe ainsi formé comprend 5 malades qui ont eu un seul accès, 35 qui ont eu des accès à répétition séparés chacun par des intervalles lucides de durée variable (mélancolie intermittente) et 15 qui, à la suite d'un ou plusieurs accès, ont évolué vers un état dépressif permanent réalisant le tableau clinique des mélancolies chroniques.

Mélancolie (un seul accès) : Les cinq malades de ce groupe sont âgés respectivement de 27, 43, 52, 52 et 54 ans et n'ont présenté aucune rechute depuis deux à trois ans. Aucun antécédent psychopathique familial ou personnel n'a été relevé dans ces cas. Notons que, chez une malade âgée de 52 ans, l'accès de mélancolie (forme délirante) s'est déclaré trois mois après une cholécystectomie. Les

examens encéphalographiques effectués se sont révélés entièrement négatifs dans les cinq cas ; signalons cependant l'existence de certaines particularités dans trois cas : microventriculie chez deux malades âgés de 43 et 54 ans et un récessus sus-pinéal du III[e] ventricule, fortement développé aussi bien dans le sens de la largeur que dans celui de la hauteur dans le troisième cas. L'enregistrement des rythmes électriques nous a permis de recueillir trois fois des rythmes normaux (1 A_1, 2 A_2) et deux fois des rythmes pathologiques riches en bouffées de thêta irrégulier (B_1). La réaction d'arrêt était toujours présente et l'épreuve de l'hyperpnée, sans effet dans quatre cas, accentue en revanche dans le cinquième les rythmes lents au niveau de la région temporale gauche (B_1). Quant à la stimulation lumineuse intermittente, elle provoque un entraînement des rythmes dans deux cas seulement (A_1 et B_3).

Mélancolie intermittente : Ce groupe comprend 35 malades qui ont présenté des crises répétées de mélancolie. L'âge actuel de ces malades, l'âge auquel s'est produite la crise initiale, la durée d'évolution de l'affection sont très variables, comme nous le voyons dans les tableaux I et II. La majorité des malades de ce groupe, à l'exception de trois cas seulement (5, 10 et 15 accès), ont présenté un nombre d'accès allant de 2 à 5, l'intervalle lucide entre les accès variant de façon considérable ; notons, par exemple, qu'entre le premier et le deuxième accès, il est d'un an dans 6 cas, de 3 ans dans 12 cas, de 5 à 10 ans dans 9 cas et de plus de 10 ans dans les 8 autres cas.

En ce qui concerne l'hérédité psychopathique, nous trouvons des antécédents maniaques dépressifs dans trois cas (frère et sœur) et une bouffée délirante polymorphe dans un autre cas (fille d'une malade). Signalons enfin l'existence chez une malade d'une hypoglycémie importante de l'ordre de 0,60 gr. avec un seuil épileptogène bas, et dans deux autres cas d'une encéphalite dans l'enfance.

Les examens encéphalographiques de ce groupe de malades nous révèlent l'existence dans 25 cas d'images normales (71 %) et dans 10 autres cas d'images pathologiques (29 %) (fig. 8). Le tableau I nous montre la dispersion des résultats en fonction de l'âge des malades. Nous constatons que les atteintes pathologiques ne se rencontrent généralement qu'aux environs de 50 ans et deviennent plus fréquentes après 60 ans : avant 50 ans, 14 % ; de 50 à 60 ans, 25 % ; après 60 ans, 56 % d'images pathologiques. Le système ventriculaire est intéressé de façon isolée dans six cas (3 III[e] ventricule, 1 corne temporale, 1 corne frontale + III[e] ventricule), le système sous-arachnoïdien de la corticalité dans deux cas seulement (1 cortex fronto-pariéto-temporal et 1 cortex pariétal), et les deux systèmes à la fois dans les deux cas restants (corne temporale + cortex fronto-pariéto-occipital et III[e] ventricule + cortex temporal). Signalons l'existence d'un récessus sus-pinéal du III[e] ventricule très développé dans un cas. En mettant nos résultats en parallèle avec l'âge des malades au moment

de l'accès initial, le nombre d'accès ou la durée d'évolution, nous trouvons d'une part que les atteintes pathologiques sont plus fréquentes quand l'accès initial se produit après l'âge de 40 ans (avant 40 ans : 18 %, après 40 ans : 54 %) et, d'autre part, qu'il n'existe aucune corrélation entre nos résultats et le nombre d'accès ou la durée d'évolution de l'affection (durée moins de 5 ans : 29 % ; 5 à 10 ans : 25 % ; 10 à 20 ans : 38 % ; plus de 20 ans : 25 % d'encéphalographies pathologiques).

Dans les cas de mélancolie intermittente que nous venons d'étudier, nous trouvons chez trois malades des images pathologiques qui peuvent être considérées comme symptomatiques d'un processus organique. Nous notons chez deux d'entre eux une encéphalite dans l'enfance (âge actuel 40 ans, premier accès 34 ans, corne temporale et cortex fronto-pariéto-occipital ; âge actuel 62 ans, premier accès 39 ans, III^{e} ventricule) et chez le troisième une hypoglycémie importante (âge actuel 48 ans, début 18 ans, dilatation du III^{e} ventricule et des cornes frontales).

Les cas de trois malades à hérédité maniaque dépressive sont intéressants à rapporter. Nous trouvons deux fois (âge actuel 41 et 52 ans) des images normales et une seule fois des images pathologiques (dilatation du III^{e} ventricule et des cornes frontales), et ceci précisément chez la malade qui présente une hypoglycémie importante. Quant à la malade dont la fille a présenté une bouffée délirante polymorphe, l'examen encéphalographique s'est révélé parfaitement normal (malade âgée de 46 ans).

Signalons enfin l'absence de toute corrélation entre les images aériques obtenues, qu'elles soient normales ou pathologiques, et les différents aspects cliniques de l'accès mélancolique : dépression mélancolique simple, mélancolie stuporeuse et délirante.

Les tracés électroencéphalographiques enregistrés dans les cas de mélancolie intermittente sont normaux dans 23 cas (8 A_1, 15 A_2) et pathologiques dans les 12 autres cas (6 B_1, 6 B_3). La réaction d'arrêt a toujours été positive ; quant à l'hyperpnée provoquée, elle a accentué le rythme de fond dans deux cas et fait apparaître un rythme alpha dans un troisième cas. Chez un seul malade, cette épreuve n'a pu être effectuée. La stimulation lumineuse intermittente a entraîné les rythmes électriques 19 fois (tracés normaux 12, tracés pathologiques 7), a fait apparaître 2 fois un rythme alpha sinusoïdal (tracé de repos pathologique), et a provoqué 8 fois des myoclonies oculo-palpébrales (3 A_1, 3 B_1, 2 B_3 dont un épileptique). Etudiés en fonction de l'âge des malades, nous trouvons des rythmes pathologiques à partir de 45 ans seulement, et dans les mêmes proportions par la suite quel que soit l'âge. Quant à l'influence de la durée de l'affection, elle est paradoxale puisque nous trouvons deux fois plus de tracés normaux que de tracés pathologiques quand l'affection est de longue durée. Par contre, quand nous confrontons nos résultats élec-

troencéphalographiques avec l'âge de début de l'affection, nous constatons la présence de rythmes pathologiques dans les seuls cas où l'affection débute avant 20 ans ou après 40 ans.

Mélancolie chronique : Ce groupe se compose de 15 malades qui ont évolué vers un état caractérisé par l'uniformité de l'idéation et du comportement, sur un fond d'anxiété et d'inquiétude continue, avec phase de subexcitation, d'opposition, idées délirantes de la série mélancolique habituelle, hypocondriaques surtout. Ces malades prennent un aspect uniforme, prononcent les mêmes paroles, font les mêmes gestes et aboutissent finalement à un état presque stéréotypé. Cet état apparaît en général au bout du deuxième ou troisième accès et parfois même dès le premier. Nous trouvons ainsi quatre malades qui ont présenté leur crise initiale entre 22 et 34 ans et ont évolué vers la chronicité à partir du troisième accès (un cas à partir du quatrième accès), à l'âge moyen de 45 ans ; trois autres, âgés de 54, 63 et 67 ans, ont évolué au bout du deuxième accès (accès initial : 51, 51 et 55 ans), soit respectivement vers l'âge de 55, 57 et 61 ans. Quant aux neuf autres malades du groupe, ils ont évolué vers l'état chronique dès leur premier accès. Le tableau clinique qu'ils présentaient au début de l'affection était celui des mélancolies préséniles ou « d'involution », c'est-à-dire caractérisées par des pleurs, des lamentations, un ralentissement psychique avec tristesse, anxiété, idées d'indignité, d'incapacité, d'incurabilité et de suicide, et souvent apparaissaient au premier plan des idées hypocondriaques accompagnées de troubles cénesthésiques, le tout énoncé d'une façon stéréotypée. Dans ces cas, nous n'avons trouvé aucun signe de localisation neurologique ou d'artériosclérose. L'âge de l'accès initial varie entre 51 et 61 ans, et l'âge actuel entre 54 et 72 ans.

Signalons dans ce groupe l'évolution particulière qui s'est produite chez deux malades (âgés de 58 et 59 ans), chez qui dès le premier accès s'est progressivement installé un délire de transformation corporelle, de négation d'organes et d'immortalité, réalisant le syndrome de Cottard.

Notons enfin l'absence de tout élément hallucinatoire ou confusionnel surajouté dans ce groupe de mélancoliques chroniques et la présence d'un seul cas d'hérédité maniaque-dépressive (malade âgé de 72 ans, début à 56 ans).

Au point de vue encéphalographique, toutes les images obtenues étaient pathologiques, sauf dans un seul cas intéressant une malade âgée de 63 ans, où l'examen s'est révélé parfaitement normal (premier accès à 55 ans, deuxième accès état chronique) (fig. 9). Les atteintes étaient variables, intéressant le système ventriculaire seul dans six cas (2 III^{es} ventricules ; 2 cornes temporales ; III^{e} ventricule + corne temporale + corne occipitale + corne frontale ; III^{e} ventricule + corne frontale + corne occipitale), intéressant les espaces sous-arachnoïdiens de la convexité dans six autres cas (1 cortex frontal ; 5 cor-

tex pariétal), et les deux à la fois dans les deux autres cas (III[e] ventricule + corne frontale + corne occipitale + cortex frontal ; III[e] ventricule + corne frontale + cortex fronto-pariétal) ; chez les deux malades présentant le syndrome de Cottard, la corne temporale gauche est dilatée, associée de plus chez l'une à une atrophie du cortex temporal correspondant.

L'étude des tracés électroencéphalographiques nous montre la présence de six tracés normaux (3 A_1, 3 A_2) et de neuf tracés pathologiques (4 B_1 et 5 B_3), dont deux épileptiques. Sous l'effet de l'hyperpnée, nous obtenons dans cinq cas une accentuation des anomalies préexistantes et l'apparition d'un rythme alpha sinusoïdal dans un sixième cas. La stimulation lumineuse intermittente entraîne les rythmes électriques dans quatre cas et fait apparaître des myoclonies oculo-palpébrales dans quatre autres cas (2 A_1, 2 B_3). Lorsque l'affection a débuté avant 50 ans, nous trouvons chez ces malades pratiquement autant de tracés normaux que de tracés pathologiques, mais en revanche, après 50 ans, le nombre de tracés pathologiques est nettement plus élevé. Quant à l'influence de la durée d'évolution de l'affection sur les rythmes électriques, nous constatons la prédominance de tracés pathologiques dans les cas où l'affection dure depuis moins de cinq ans, et un pourcentage sensiblement égal de tracés normaux et pathologiques en cas d'évolution supérieure à cinq ans. Enfin, l'étude des tracés en fonction de l'âge des malades au moment de l'enregistrement nous montre une légère prédominance des rythmes pathologiques lorsque l'âge des malades augmente.

En résumé, l'étude encéphalographique des malades présentant des accès uniquement mélancoliques montre la prédominance incontestable des examens négatifs dans les cas d'accès isolés ou intermittents (81 %), alors que, dans les cas de mélancolie chronique, les résultats des examens sont tous pathologiques (100 %). Quant aux examens électroencéphalographiques, nous trouvons une prédominance de tracés normaux dans les formes intermittentes et de tracés pathologiques dans les formes chroniques.

Etats maniaco-dépressifs

Ce groupe comprend 51 malades qui ont présenté des accès intermittents de manie et de mélancolie purs ou parfois associés (état mixte), laissant entre eux un intervalle lucide de durée extrêmement variable.

L'accès initial est le plus souvent de type maniaque (57 % des cas), alors que le type mélancolique ne se rencontre que chez 21 malades

(41 % des cas) et le type mixte chez un seul malade. Les accès maniaques sont d'ailleurs en général plus fréquents au cours de l'évolution ; ils prédominent dans 32 cas, alors que les accès dépressifs prédominent dans 15 cas seulement. L'âge du sujet lors de son premier accès se situe entre 15 et 20 ans dans 20 % des cas (10 malades), de 20 à 25 ans dans 27 % des cas (14 malades), de 25 à 30 ans dans 10 % des cas (5 malades), de 30 à 40 ans dans 27 % des cas (14 malades), de 40 à 50 ans dans 14 % des cas (7 malades), et enfin au-delà de 50 ans dans un seul cas (2 %). Nous trouvons donc que le premier accès survient avant l'âge de 40 ans chez 43 malades, soit dans 84 % des cas. Le nombre d'accès est variable ; notons ainsi 2 à 5 accès chez 31 malades et 5 à 10, rarement plus, chez les 20 autres. Quant à l'intervalle lucide entre les accès et la durée de chaque crise, les résultats sont trop dispersés pour que nous soyons tentés de donner des chiffres.

L'étude en fonction de la durée d'évolution de l'affection nous montre que chez 14 malades (27 %) elle est inférieure à 5 ans, chez 7 (14 %) elle varie de 5 à 10 ans, chez 10 autres (20 %) de 10 à 20 ans, et enfin chez les 20 restants (39 %) elle est supérieure à 20 ans.

L'âge de nos malades oscille entre 20 et 60 ans et leur répartition par groupe d'âge se fait de la façon suivante :

De 20 à 30 ans	8 malades	(16 %)
30 à 40 ans	8 malades	(16 %)
40 à 50 ans	19 malades	(37 %)
50 à 60 ans	9 malades	(17 %)
+ 60 ans	7 malades	(14 %)

Au point de vue antécédent psychopathique, nous avons trouvé dans sept cas une hérédité maniaque-dépressive et dans trois cas des bouffées délirantes polymorphes.

L'anamnèse nous a permis de retrouver dans un cas un traumatisme crânien et dans un autre cas une encéphalite au cours de l'enfance. Enfin, dans trois cas, l'accès initial a été déclenché par la puerpéralité.

Au point de vue évolutif, nous avons classé nos malades en trois groupes selon qu'il s'agit : 1° d'une évolution intermittente comprenant des accès typiques de manie et de mélancolie ; 2° d'une évolution du même type avec cependant apparition d'accès de manie atypique, et 3° d'une évolution vers un état rémittent ou chronique.

Le premier type évolutif comprend 37 malades qui ont présenté depuis le début de l'affection des accès intermittents de manie et de mélancolie typique. Dans quatre cas, nous notons la présence d'accès mixte et, dans six autres, d'élément subconfusionnel surajouté apparaissant au cours des accès maniaques.

Les examens encéphalographiques effectués chez ces malades se sont révélés normaux chez 34 d'entre eux, soit dans 92 % des cas

(signalons dans un cas l'existence d'un récessus sus-pinéal du III[e] ventricule très développé). Seuls, trois malades (8 %), âgés respectivement de 23, 58 et 58 ans, ont présenté des images pathologiques. Nous trouvons dans un cas une dilatation isolée du III[e] ventricule (58 ans), dans un second une dilatation de la corne temporale gauche (23 ans, manie avec agitation extrême évoquant le tableau de la manie furieuse), et enfin dans le troisième une atrophie frontale isolée (58 ans). Signalons chez ce dernier malade l'existence d'un traumatisme crânien dans l'enfance.

Notons aussi l'absence de toute corrélation entre nos résultats encéphalographiques et l'âge de nos malades, l'âge du début de l'affection, sa durée, ou le nombre d'accès.

Au point de vue électroencéphalographique, nous trouvons 27 tracés normaux (15 A_1, 12 A_2) et 10 pathologiques (5 B_1, 1 B_2, 4 B_3), dont un épileptique. La réaction d'arrêt a toujours été présente. L'hyperpnée n'a provoqué aucune modification et la stimulation lumineuse intermittente a produit des myoclonies oculo-palpébrales dans cinq cas (présentant tous des tracés pathologiques). L'étude des rythmes électriques en fonction de l'âge des sujets nous a montré qu'on trouvait une prédominance de tracés pathologiques (normaux 8, pathologiques 11) jusqu'à l'âge de 45 ans et qu'après cet âge les tracés normaux étaient nettement plus fréquents (normaux 12, pathologiques 6). L'étude des tracés en fonction de la durée d'évolution de l'affection fait apparaître la prédominance très nette des tracés normaux au cas où cette durée dépasse cinq ans. Quant à l'âge de début, il ne semble pas avoir la moindre influence, car nous trouvons, quel que soit cet âge, autant de tracés normaux que de pathologiques. Ils sont peut-être plus souvent pathologiques après 40 ans ; le nombre limité de nos cas à début tardif nous empêche cependant de nous prononcer à ce sujet.

Le deuxième groupe se compose de cinq malades âgés de 42 à 52 ans (premier accès à 17, 25, 27, 35 et 39 ans), qui ont présenté après la troisième ou quatrième crise un accès de manie délirante et hallucinatoire. L'aspect clinique de ces accès évoque, par le polymorphisme, la complexité, la variabilité, l'invraisemblance et l'imperméabilité des thèmes délirants, une bouffée d'allure paranoïde. Par la suite, ces accès de type particulier se sont reproduits en alternance avec des accès purs de manie ou de mélancolie. Aucune hérédité maniaque dépressive ou autre n'a été trouvée dans ce groupe.

Quant à l'encéphalographie, les examens étaient tous pathologiques (fig. 10). L'espace sous-arachnoïdien de la convexité était atteint de façon isolée dans trois cas (1 cortex frontal, 2 cortex fronto-pariétal) et associé à une atteinte ventriculaire dans les deux autres cas (III[e] ventricule et corne frontale associés une fois à une atteinte du cortex fronto-pariétal, une autre fois à une atteinte du cortex temporal),

Leurs tracés électroencéphalographiques par contre étaient tous normaux (2 A_1, 3 A_2), la réaction d'arrêt toujours présente, l'hyperpnée sans influence sur les rythmes électriques et la stimulation lumineuse intermittente provoquait deux fois un entraînement. L'âge actuel, la durée d'évolution ou l'âge de début ne semblaient avoir dans tous ces cas aucune corrélation précise avec les rythmes cérébraux recueillis.

Enfin, le troisième groupe se compose de neuf malades (18 % des cas), qui ont évolué après un certain nombre d'accès vers un état chronique. Dans huit cas, les accès de manie ou de mélancolie isolés se sont répétés et rapprochés pour réaliser le tableau clinique de la psychose maniaco-dépressive rémittente.

L'âge de ces malades est variable et, à l'exception d'un cas (22 ans), oscille entre 45 et 65 ans. L'état chronique s'est installé aux environs de 40 à 55 ans au bout du troisième ou quatrième accès chez quatre d'entre eux, au bout du cinquième au dixième accès chez les trois autres. Chez un seul malade, le plus jeune d'ailleurs, l'état chronique s'est installé dès l'âge de 20 ans, le premier accès remontant à l'âge de 15 ans. Le neuvième malade du groupe (2 %) a subi pour sa part une évolution particulière. Agé actuellement de 54 ans, il a présenté, après un accès maniaque initial à l'âge de 50 ans, deux accès de mélancolie suivis de la constitution d'un état mélancolique chronique avec idées délirantes de persécution et de préjudice. Quant aux antécédents personnels des malades, nous constatons dans ce groupe de maniaques dépressifs chroniques un cas d'encéphalite dans l'enfance et un autre de traumatisme crânien. Une seule malade présentait des antécédents psychopathiques familiaux (un frère, manie chronique).

Les images encéphalographiques obtenues sont pathologiques chez tous les malades de ce groupe (fig. 11). Elles intéressent le système ventriculaire seul dans quatre cas (3 III^e ventricule et 1 corne temporale), le système sous-arachnoïdien de la convexité seul dans deux cas (cortex frontal et cortex fronto-temporal), et les deux systèmes à la fois dans les trois autres cas (corne frontale + cortex frontal ; III^e ventricule + corne frontale + cortex temporal ; corne frontale + cortex frontal).

Au point de vue électroencéphalographique, nous trouvons six tracés normaux (2 A_1, 4 A_2) et trois pathologiques (3 B_1). La réaction d'arrêt est toujours présente, l'hyperpnée accentue les anomalies dans deux cas, la stimulation lumineuse intermittente entraîne les rythmes occipitaux trois fois et ne provoque dans aucun de ces cas des myoclonies.

En mettant ces résultats électroencéphalographiques en parallèle avec l'âge actuel des malades, l'âge de début, la durée d'évolution de l'affection, aucune corrélation n'a pu être dégagée, sauf en ce qui concerne la durée d'évolution ; nous trouvons en effet dans ce cas

que le nombre de tracés normaux est nettement supérieur chez les malades qui présentent une durée d'évolution plus longue.

En résumé, l'étude encéphalographique des malades de ce groupe nous montre la présence dans les accès maniaco-dépressifs d'images normales dans la majorité des cas (91 %) ; par contre, les images sont toujours pathologiques quand apparaissent des accès de type particulier ou quand s'installe un état chronique. Quant aux tracés électroencéphalographiques, nous trouvons une prédominance très nette des rythmes normaux aussi bien dans les formes intermittentes que dans les formes chroniques.

Commentaires

Nous avons groupé pour notre étude 125 malades présentant une psychose maniaque dépressive. Dans un premier groupe, nous avons réuni des malades à accès uniquement maniaques ; dans un second groupe, ceux à accès uniquement mélancoliques et, enfin, dans un troisième groupe, ceux présentant les deux types d'accès qui se succèdent de façon régulière ou non.

Le début de l'affection se produit chez 72 % de nos malades avant l'âge de 40 ans, surtout entre 15 et 30 ans. L'accès initial est le plus souvent de type mélancolique ; nous le constatons en effet chez 76 malades (60 %), alors que le début par les accès maniaques ne se produit que chez 43 malades seulement. Nous notons de plus un seul accès initial de type mixte et six autres de type bouffée délirante polymorphe. L'étude des formes cliniques évolutives en fonction de l'âge au début de l'affection que nous résumons dans le tableau II nous montre d'une part que l'évolution vers un état maniaque dépressif se fait le plus souvent quand l'affection débute tôt, c'est-à-dire avant 40 ans, surtout entre 15 et 30 ans, et, d'autre part, que l'évolution vers une mélancolie intermittente devient de plus en plus fréquente quand l'âge de début est plus tardif, c'est-à-dire dépasse 40 ans, principalement entre 50 et 60 ans. Quant à la forme de manie intermittente, elle débute avant l'âge de 50 ans dans des proportions sensiblement égales, quel que soit l'âge. Etudiés en fonction de l'âge de début de l'affection, nous trouvons que le nombre de cas passant à la chronicité se fait dans des pourcentages oscillant entre 3 et 12 %, et ceci quel que soit l'âge du malade au moment de l'accès initial. Une seule exception existe cependant et elle

intéresse le groupe de mélancolies débutant aux anvirons ou plutôt après 50 ans, qui vont évoluer dans la moitié des cas vers un état chronique.

TABLEAU II. — *Résultats encéphalographiques en fonction de l'âge de début dans les différentes formes cliniques*

AGE DE DÉBUT	NOMBRE DE MALADES	MANIACO-DÉPRESSIF		MANIE		MÉLANCOLIE		MANIACO-DÉPRESSIF ÉMITTENT		MANIE CHRONIQUE		MÉLANCOLIE CHRONIQUE	
		Nl.	Path.	Nl.	Path.	Nl.	Path.	Nl.	Path.	Nl.	Path.	Nl.	Path.
15-30	54	20 (37 %)	4 (8 %)	8 (15 %)	0	11 (20 %)	2 (4 %)	0	5 (8 %)	0	2 (4 %)	0	2 (4 %)
30 40	32	9 (28) %	4 (12 %)	1 (3 %)	1 (3 %)	8 (25 %)	2 (6 %)	0	1 (3 %)	0	3 (9 %)	0	3 (9 %)
40-50	17	4 (24 %)	0	4 (24 %)	0	5 (29 %)	2 (12 %)	0	2 (12 %)	0	0	0	0
50-60	22	1 (4 %)	0	0	0	6 (27 %)	4 (20 %)	0	1 (4 %)	0	0	1 (4 %)	9 (41 %)

En ce qui concerne les formes évolutives, nos 125 malades présentent actuellement une forme intermittente dans 77 % (96) des cas et une forme chronique dans 23 % (29) des cas. Dans la forme intermittente, nous distinguons quatre groupes : 1° accès unique, 9 cas (manie 4, mélancolie 5), soit 7 % des cas ; 2° manie intermittente, 10 malades, soit 8 % de l'ensemble ; 3° mélancolie intermittente, 35 malades, soit 28 % des cas ; 4° maniaco-dépressif, 42 malades, soit 34 % des cas, dont 5 ont présenté un certain nombre d'accès particuliers de type bouffée délirante d'allure paranoïde (14 %). Dans les 29 cas restants, les malades ont au bout d'un certain nombre d'accès évolué vers un état chronique : 5 présentent actuellement une manie chronique (4 %), 15 une mélancolie chronique (12 %) et 9 un état maniaco-dépressif rémittent ou chronique (7 %) ; deux malades seulement (1,6 %) ont subi une évolution particulière et présentent un syndrome de Cottard. Le passage à la chronicité se fait dans des proportions sensiblement égales, quelle que soit la forme clinique évolutive, compte tenu du nombre variable des malades dans chaque forme : maniaco-dépressive, 9 cas sur 51 (18 %) ; mélancolie intermittente, 15 sur 55 (27 %), et manie intermittente, 5 cas sur 19 (26 %).

Quant à l'âge de nos malades, il oscille entre 15 et 70 ans,

Nous trouvons 14 malades (12 %) âgés de 15 à 30 ans, 54 (43 %) de 30 à 50 ans et 57 (45 %) de 50 à 70 ans.

Tableau III. — *Répartition des formes cliniques en fonction de l'âge des malades*

Age	Maniaco-dépressif	Manie intermittente	Mélancolie intermittente
15-30 ans	8 (6 %)	5 (4 %)	1 (0,8 %)
30-50 ans	27 (21 %)	8 (6 %)	19 (15 %)
50-70 ans	16 (12 %)	6 (7 %)	35 (28 %)

Le tableau III nous montre la répartition des formes cliniques en fonction de l'âge ; nous trouvons ainsi que le plus grand nombre de maniaco-dépressifs sont âgés actuellement de 30 à 50 ans, alors que les mélancoliques intermittents sont âgés de 50 à 70 ans, les maniaques à accès intermittents dans les mêmes proportions, quel que soit l'âge.

La plupart de nos malades ont eu un nombre d'accès oscillant entre 2 et 10, rarement plus (15 à 20). Quant à la période intercalaire de calme entre les crises, elle a été extrêmement variable, allant de 1 à 30 ans.

Au point de vue hérédité psychopathique, nos recherches ont été peu fructueuses. Nous avons trouvé dans 10 cas seulement (8 %) une hérédité maniaque dépressive (1 fois un frère, 2 fois une mère et 7 fois frère ou sœur) et dans 3 cas (1,4 %) des bouffées délirantes polymorphes (1 sœur, 2 fois des enfants).

En recherchant des causes étiologiques, nous avons trouvé dans un cas une hypoglycémie de 0,60 gr. chez une malade, une encéphalite dans 4 cas et un traumatisme crânien dans l'enfance dans 2 autres cas. Enfin, nous avons noté que les accès semblent avoir été déclenchés après une puerpéralité dans 7 cas et une cholécystectomie dans 2 cas.

Electroencéphalogramme. — Les travaux portant sur l'électroencéphalogramme des malades mentaux présentant une psychose maniaque dépressive sont peu nombreux. P. A. Davis, dans une série d'articles parus en 1941 et 1942, portant sur l'étude de 81 malades, signale la prédominance des tracés normaux avec inscription d'un alpha sinusoïdal de 10 à 11 c./s. environ, alternant parfois avec quelques rythmes lents ou rapides, et l'inscrip-

tion dans 39 % des cas d'une activité électrique de type Choppy (rythme désorganisé de bas voltage de 25 à 50 microvolts).

L. A. Hurst, A. C. Mundy-Castle et D. M. Beerstecher, en 1954, dans une étude portant sur 117 maniaques dépressifs et mélancoliques d'involution, trouvent de même une prédominance de tracés normaux (76 %) avec une proportion d'électroencéphalogrammes pathologiques de l'ordre de 24 %. Ils signalent de plus la fréquence des rythmes rapides irréguliers de bas voltage dans tous ces cas.

Enfin, Th. Kammerer, L. Israël et A. Wackenheim étudient l'électroencéphalogramme dans les cas de mélancolie seulement et trouvent des perturbations importantes et fréquentes, comprenant surtout des rythmes rapides, et ceci dans plus de la moitié des cas pathologiques.

L'étude électroencéphalographique que nous avons entreprise chez nos 125 malades nous a permis de constater la présence des rythmes normaux dans 82 cas (66 %) et des rythmes pathologiques dans 43 cas (34 %).

Les tracés normaux sont caractérisés, comme nous l'avons indiqué au début de ce travail, par l'inscription d'un alpha sinusoïdal seul, type A_1, dans 34 cas (27 %), ou associé à des bouffées de thêta, le tout d'amplitude variable, allant de 20 à 50 microvolts, type A_2, dans 49 cas (39 %). Les rythmes pathologiques enregistrés chez 43 malades comprennent soit l'inscription d'un thêta plus ou moins continu avec alpha inexistant ou continu, type B_1, dans 23 cas (18 %), soit des rythmes rapides pointus continus, de 30 à 40 microvolts, type B_2, dans 2 cas (2 %), soit enfin des anomalies électriques diverses, allant de la pointe-onde typique ou dégradée au delta polymorphe, type B_3, dans 18 cas (14 %). Signalons enfin l'existence dans deux cas seulement d'une localisation temporale avec delta polymorphe (1 droite, 1 gauche) et dans quatre cas l'inscription de tracés épileptiques typiques (4 % des cas). La réaction d'arrêt s'est toujours effectuée dans des conditions satisfaisantes chez tous nos malades. L'épreuve de l'hyperpnée provoquée que nous avons pu réaliser systématiquement, sauf dans un cas, s'est révélée peu active. Elle a produit un léger ralentissement du rythme de fond et a fait apparaître des rythmes lents plus ou moins diffus, rarement localisés, dans 14 cas en tout (11 %) ; quant à la stimulation lumineuse intermittente, elle a entraîné les rythmes occipitaux dans 42 cas (33 %) et provoqué des myoclonies oculo-palpébrales dans 20 cas (16 %), principalement dans les formes maniaco-

dépressives (5 cas), mélancoliques intermittentes (8 cas) et mélancoliques chroniques (4 cas).

L'étude de nos enregistrements en fonction de l'âge des malades nous a révélé la prédominance incontestable des tracés normaux avant 55 ans (normaux 62, pathologiques 28), les tracés pathologiques devenant après cet âge plus fréquents, sans dépasser cependant le pourcentage de 40 % (normaux 20, pathologiques 15). En mettant nos résultats en parallèle avec l'âge des malades au moment de l'accès initial, nous constatons que les tracés pathologiques sont beaucoup plus fréquents quand l'accès a lieu avant 20 ans ou après 50 ans ; après 50 ans, le pourcentage des tracés pathologiques est même supérieur à celui des tracés normaux, comme le montre le tableau IV.

TABLEAU IV. — *Répartition des électroencéphalogrammes en fonction de l'âge du début*

AGE DÉBUT	E.E.G. NORMAUX	E.E.G. PATHOLOGIQUES
15-20 ans	56 %	44 %
20-30 ans	82 %	18 %
30-40 ans	68 %	32 %
40-50 ans	71 %	29 %
+ de 50 ans	37 %	63 %

En étudiant nos tracés en fonction de la durée d'évolution, nous arrivons à cette conclusion paradoxale que les tracés normaux sont nettement plus fréquents chez les malades présentant une psychose de durée plus longue. Nous trouvons ainsi 23 tracés normaux et 20 pathologiques en cas de durée inférieure à 5 ans et 59 normaux et 23 pathologiques quand elle dépasse les 5 ans.

En comparant enfin nos tracés en fonction des formes cliniques, nous notons que, dans les formes à évolution intermittente, qu'elle soit de type maniaque, mélancolique ou maniaco-dépressif, le rapport entre tracés normaux et pathologiques est sensiblement le même, c'est-à-dire que nous avons dans tous les cas deux fois plus de tracés normaux que de tracés pathologiques (68 normaux et 31 pathologiques) ; en revanche, dans les formes chroniques, le pourcentage de tracés pathologiques augmente (manie chronique : normaux 3, pathologiques 2 ; maniaco-dépressifs chroniques : normaux 6, pathologiques 3), et dépasse même celui des normaux dans les cas de mélancolie chronique

(normaux 6, pathologiques 9). Signalons pour terminer qu'il nous a été impossible de trouver une différence quelconque des rythmes recueillis dans les diverses formes de l'accès mélancolique (mélancolie simple, anxieuse, délirante ou stuporeuse), ou au cours d'un accès maniaque ou mélancolique chez le même malade.

Corrélations entre les données de l'électroencéphalographie et de la pneumoencéphalographie. — Nous avons pu mettre en évidence d'une part que les tracés électriques normaux (66 %), trouvés chez 82 malades, correspondent dans 65 % des cas à des images aériques normales et dans 35 % des cas à des images pathologiques, et, d'autre part, que les tracés pathologiques, enregistrés chez 43 malades (34 %), correspondent à des images normales dans 68 % des cas et à des images pathologiques dans 32 % des cas. La réaction d'arrêt s'est effectuée normalement dans tous les cas et la stimulation lumineuse intermittente a provoqué des myoclonies oculo-palpébrales, aussi bien chez les malades présentant des examens normaux que pathologiques. De plus, nous avons noté l'absence de toute particularité dans les rythmes électriques recueillis, quand on les étudie en fonction des images aériques obtenues (normales ou pathologiques). Dans deux cas seulement, une corrélation précise fut notée (les deux cas présentant un syndrome de Cottard) ; il s'agissait d'une atteinte localisée de la corne temporale gauche, se traduisant électriquement par l'inscription d'un delta polymorphe au niveau des dérivations correspondantes. Donc, à l'exception de ces deux derniers cas, nous pouvons conclure qu'il n'existe guère de correspondance entre les rythmes électriques recueillis et les images encéphalographiques obtenues.

Radiographies standard du crâne. — L'étude des radiographies standard du crâne n'a révélé d'anomalies que chez deux sœurs jumelles dizygotes (type maniaco-dépressif post-puerpéral dans les deux cas), âgées actuellement de 56 ans, qui ont présenté leur premier accès à l'âge de 22 et 24 ans. L'une présente un crâne oxycéphale avec épaississement de la voûte crânienne autour de la suture fronto-pariétale, symétriquement par rapport à la ligne médiane (la structure diploïque n'est pas visible dans cette voûte crânienne épaissie, le crâne reprend un aspect normal au niveau des écailles temporales) ; quant à l'autre, elle présente un crâne de type dolichocéphale avec épaississement de la table interne au niveau du frontal, réalisant une forme mineure de l'hyperostose frontale.

Résultats pneumoencéphalographiques. — Les travaux concernant les états maniaques et dépressifs au point de vue encéphalographique sont peu nombreux. Moore, Nathan, Elliott et Laubach, en 1935, étudiant 81 malades présentant une psychose maniaque dépressive, constatent l'absence de toute image normale et la présence d'atteintes pathologiques multiples et diffuses n'ayant aucun caractère de spécificité.

Lafon, Passouant, Labauge, Cadilhac et Pouget, en 1956, dans une étude portant sur 40 malades présentant des états thymiques involutifs (syndrome mélancolique, plus rarement maniaque ou état mixte), débutant entre l'âge de 40 et 60 ans, constatent la présence dans 67,5 % des cas d'atrophie cérébrale, dont les modalités d'atteintes topographiques et quantitatives sont variables. Ces auteurs constatent de plus, au point de vue électroencéphalographique, de nombreuses anomalies électriques habituellement bilatérales et surtout des perturbations importantes, portant sur la fonction d'éveil.

Notre étude encéphalographique, qui porte sur 125 malades, nous révèle la présence d'images normales dans 78 cas (62 %) et d'images pathologiques dans 47 cas (38 %). Ces atteintes sont variables et non spécifiques, intéressant les deux hémisphères à la fois. Le système ventriculaire ou le système sous-arachnoïdien peuvent être atteints de façon isolée ou associée. Nous notons ainsi une atteinte ventriculaire seule dans 44 % des cas (21 cas : se répartissant comme suit : dilatation du III[e] ventricule 11 fois, des cornes temporales 6 fois, corne frontale une fois, du III[e] ventricule et des cornes frontales en même temps une autre fois, et enfin deux hydrocéphalies internes généralisées), une atteinte de l'espace sous-arachnoïdien de la convexité seul dans 32 % des cas (15 cas, dont : région frontale 4 fois, pariétale 1 fois, fronto-temporale 1 fois, et fronto-pariétale 9 fois), une atteinte associée des deux systèmes dans 24 % des cas (11 cas : atteintes multiples et variables décrites dans le tableau I). Le système sous-arachnoïdien de la base, ainsi que les différentes citernes n'ont jamais présenté d'aspect pathologique ; nous notons tout au plus, dans quelques cas, un léger élargissement de leur volume. Signalons enfin, pour ne rien omettre, la présence chez deux malades d'une microventriculie et, chez trois autres, d'un récessus sus-pinéal du III[e] ventricule, excessivement développé tant dans le sens de la hauteur que dans celui de la largeur.

En mettant tous ces résultats en parallèle avec l'âge de début, nous constatons que, si l'affection débute entre 15 et 30 ans, les examens négatifs sont nettement prédominants (normaux 39,

pathologiques 15) et que les examens pathologiques deviennent par la suite de plus en plus nombreux (entre 30 et 40 ans, 18 normaux, 14 pathologiques), pour dépasser même celui des normaux (normaux 8, pathologiques 14) quand l'affection débute après 50 ans.

La recherche des corrélations entre l'aspect des images obtenues et l'âge actuel des malades nous a permis de trouver une fréquence nettement plus élevée d'examens normaux jusqu'à l'âge de 45 ans (35 normaux, 7 pathologiques), fréquence qui diminue par la suite, les examens pathologiques devenant de plus en plus nombreux, pour égaler et même dépasser celui des normaux. Nous trouvons ainsi, entre l'âge de 15 et 30 ans, 11 examens normaux et 3 pathologiques ; entre 30 et 40 ans, 12 normaux et 2 pathologiques ; entre 40 et 50 ans, 29 normaux et 11 pathologiques ; entre 50 et 60 ans, 17 normaux et 18 pathologiques et, après 60 ans, 9 normaux et 13 pathologiques.

Le nombre d'accès ne semble jouer aucun rôle ; il nous a été en effet impossible de trouver un rapport quelconque entre la fréquence des accès et les images aériques obtenues. Relevons toutefois le cas de six de nos malades, présentant un tableau de mélancolie d'involution, chez lesquels s'est installée dès le premier accès une mélancolie chronique, et qui, au point de vue encéphalographique, présentent des images pathologiques.

Etudiés en fonction des formes évolutives, les résultats que nous venons de rapporter acquièrent une valeur toute particulière. Nous constatons en effet que, dans tous les cas (une seule exception) de psychose maniaque dépressive chronique, les images encéphalographiques sont pathologiques, tandis que, dans les formes à accès intermittents, les images normales prédominent largement ; nous trouvons ainsi 18 examens normaux (95 %) pour un pathologique (5 %) dans les formes de manie intermittente, 30 normaux (75 %) pour 10 pathologiques (25 %) dans les formes de mélancolie intermittente et 34 normaux (81 %) pour 8 pathologiques (19 %) dans les formes maniaco-dépressives. Soulignons la fréquence plus élevée d'examens pathologiques dans les cas de mélancolie intermittente.

En mettant en parallèle nos examens encéphalographiques avec les particularités cliniques constatées au cours de certains accès, nous avons noté que, chez les malades : 1° qui ont un accès initial de type bouffée délirante polymorphe ou des accès avec éléments confuso-délirants surajoutés, les images obtenues étaient toutes normales ; 2° que, dans les cas où certains accès typiques étaient soit remplacés au cours de l'évolution par d'autres, d'al-

lure paranoïde, ou de manie furieuse, soit précédés d'une phase prodromique dypsomaniaque, les images étaient toutes pathologiques. Ajoutons que, dans les cas où nous avions trouvé des antécédents personnels pathologiques (encéphalite ou traumatisme crânien) ou des tracés électroencéphalographiques de type comitial (sauf un cas), les images étaient également anormales.

Au terme de cette étude encéphalographique de la psychose maniaque dépressive s'impose la conclusion suivante : les images normales se rencontrent uniquement dans les formes intermittentes à accès pur, et cela dans une forte proportion (80 %) ; alors que les images pathologiques apparaissent, d'une part, dans tous les cas où certaines particularités cliniques atypiques se manifestent (accès d'allure paranoïde, accès de manie furieuse, accès avec phase prodromique dypsomaniaque), et, d'autre part, dans tous les cas ayant évolué vers un état chronique.

Nous sommes ainsi amenés à penser que la présence d'une image pathologique dans le cas d'une psychose maniaque dépressive intermittente à accès « purs » pourrait permettre de prévoir soit l'apparition au cours de l'évolution d'accès de type particulier, soit une évolution vers un état chronique.

Avant de terminer, nous voudrions attirer l'attention sur un point particulier : celui des malades présentant une mélancolie intermittente qui a débuté tardivement, c'est-à-dire après 40 ans. Ce groupe de malades présente en effet un certain nombre de points particuliers : il est d'abord celui qui numériquement est de loin le plus important par rapport aux autres formes évolutives débutant aussi tardivement (mélancolie intermittente : 17 cas, manie intermittente : 4, maniaco-dépressifs : 5), et ensuite il est le seul qui présente au point de vue encéphalographique des images pathologiques, et ceci dans la proportion de 35 % des cas. Il nous semble donc possible de formuler l'hypothèse qu'un certain nombre de ces malades, qui présentent un début tardif de leur affection et une encéphalographie pathologique, appartiennent non pas à la psychose maniaque dépressive « pure », mais à la mélancolie « d'involution » évoluant par accès, et ceci bien que nous n'ayons trouvé aucun élément clinique nous permettant actuellement de faire cette distinction.

Résumé

Les auteurs rapportent les résultats pneumoencéphalographiques et électroencéphalographiques obtenus au cours d'une étude

portant sur 125 malades présentant une psychose maniaque dépressive.

Ils notent, en ce qui concerne l'électroencéphalogramme, la prédominance de tracés normaux aussi bien dans les formes intermittentes (66 %) que dans les formes chroniques (52 %). Une seule exception est constatée, elle intéresse les cas de mélancolie chronique qui présentent un pourcentage de tracés pathologiques supérieur à celui des normaux.

Quant à l'encéphalographie gazeuse fractionnée, elle met en évidence la présence d'images normales dans les formes intermittentes seulement et d'images pathologiques dans les formes chroniques et les formes intermittentes avec accès « atypiques ».

Ils émettent l'hypothèse que la constatation d'une image encéphalographique pathologique au cours d'une psychose maniaque dépressive intermittente laisserait prévoir soit l'apparition d'accès « atypiques », soit une évolution vers un état chronique.

(Travail de l'Hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen, Seine-Maritime).

BIBLIOGRAPHIE

1. Borenstein (P.) et Dabbah (M.). — L'électro-encéphalogramme dans les syndromes schizophréniques. *Annales médico-psychologiques,* 1957, 115, 476-498.
2. Borenstein (P.), Dabbah (M.) et Metzger (J.). — L'électro-encéphalographie fractionnée dans les syndromes schizophréniques. *Annales médico-psychologiques,* 1957, 115, 385-426.
3. Davis (P.-A.). — E.E.G. in manic-depressive patients. *Am. Journ. of Psych.,* 1941, 430-433 ; — Comparative studies of the E.E.G. of schizophrenic and manic-depressive patients. *Am. Journ. of Psych.,* 1942, 99, 2, 210-217.
4. Hurst (L. A.), Mundy-Castle (A. C.) and Beerstecher (D. M.). — The E.E.G. in manic-depressive psychosis. *J. Ment. Sci.,* 1954, 100, 220-240.
5. Kammerer (Th.), Israël (L.), Wackenheim (A.). — Données et problèmes électro-encéphalographiques dans la mélancolie, in *Comptes rendus congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française,* LIII[e] session, Nice, 1955, 310-320.
6. Lafon (R.), Passouant (P.), Labauge (R.), Cadilhac (J.) et Pouget (R.). — Données de la pneumo-encéphalographie et de l'électro-encéphalographie au cours des états thymiques involutifs, in *Comptes rendus congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française,* LIV[e] session, Bordeaux, 1956, 871-876.
7. Moore (M. T.), Nathan (D.), Elliot (A. R.) and Laubach (C.). — Encephalographic studies in manic-depressive psychosis. *Arch. Neur. Psych.,* Chicago, 1935, 31, 1194-1204.

HEAUTOSCOPIE HETEROSEXUELLE ET SCHIZOPHRENIE

Etude d'une observation

PAR

MAURICE LETAILLEUR, JEAN MORIN et YVON LE BORGNE

Le dédoublement de la personnalité avec hallucination héautoscopique est un phénomène qui intrigue depuis longtemps les observateurs par son caractère fantastique, surnaturel, à la limite des réalisations magiques. Nombreux sont les exemples rapportés dans la littérature avec plus ou moins de fantaisie ; il est classique de rappeler ceux de Musset, d'Edgar Poe et de Dostoïesvki parmi beaucoup d'autres.

Philosophes, psychologues, psychiatres se sont tour à tour penchés longuement sur les problèmes de la personnalité et de ses transformations. Les différents aspects de cette dépersonnalisation s'observent parfois chez l'individu normal dans certaines conditions psychologiques ou physiologiques, en particulier dans l'atmosphère de demi-conscience précédant le sommeil. C'est dans ce cadre que rentre le syndrome « d'obnubilation oniroïde » (Storing) que l'on rencontre au cours des épisodes d'excitation à tonalité anxieuse et dans les états d'épuisement. Les infections, les intoxications, en fait la plupart des agressions psychosomatiques, peuvent en être responsables : une encéphalite (Heuyer et Dublineau), des hémorragies graves (Paillas), tous les toxiques susceptibles de provoquer des réactions de type onirique et les paradis artificiels beaudelairiens. Mais la plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître au syndrome quatre étiologies principales : l'hystérie, la psychasthénie, l'épilepsie et la schizophrénie.

Dans certains cas publiés, la réalité du dédoublement n'est pas toujours très solide. Ainsi, Osterreim, dans « les possédés », cite par exemple un malade de Raymon et Janet qui présente « des sortes de crises que l'on a qualifiées un peu gratuitement de

somnambulisme ». Il se regarde dans un miroir et adopte une conduite féminine, s'avançant à petits pas en faisant des contorsions du tronc et des secousses latérales ; il fait onduler son bassin comme s'il voulait lancer une robe à droite et à gauche et, de fait, il passe ses mains sur une jupe imaginaire. Interrogé sur les motifs de son comportement, « il répond qu'il est éclipsé par les jeunes filles qu'il rencontre, qu'il subit leur influence... ».

C'est dans ces syndromes schizophréniques que les altérations de la personnalité revêtent leur aspect le plus caractéristique, le plus évocateur et souvent le plus pittoresque. Hécaen et Ajuriaguerra ont groupé les diverses formes cliniques des sentiments de transformation corporelle extériorisés par les malades au cours de ces états dissociatifs et objectivés par une réaction identique dans tous les cas : le signe du miroir. Ces troubles graves portent alternativement ou en même temps sur l'unité et l'identité du moi, les relations avec le monde extérieur, la perception cénesthésique et consciente du corps et de l'ambiance : sensation de lourdeur ou de légèreté du corps, de raccourcissement ou d'allongement, de substance légère en émanant, d'étrangeté, de non-appartenance du corps ou de certaines de ses parties ; sensations d'altération de l'unité somatique, de discontinuité ou de perte de volume du corps ; indistinction des coordonnées corporelles ; impression de déplacement des différents segments, impression de membre sans vie, etc...

L'autoscopie externe (Féré-Sollier), l'héautoscopie ou « hallucination du compagnon » (Lhermitte), est l'objectivation sensorielle indiscutable du sentiment de perte de l'Unité du Moi. La plupart des cas publiés jusqu'à nos jours signalent des hallucinations spéculaires où le double possède le même sexe que le sujet « dédoublé ». Ribot fait bien allusion à une pensionnaire de Charenton qui « changeait de personnage, de condition, de sexe même, du jour au lendemain..., qui se prenait pour un homme prisonnier politique d'importance... », mais il n'est pas fait mention d'une projection du double dans le monde extérieur. Meerovitch rapporte de son côté l'observation, non détaillée d'ailleurs, d'un malade dont le double apparaissait parfois en femme occupée à tricoter. De tels faits sont exceptionnels. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de présenter l'étude d'un schizophrène dont le dédoublement de la personnalité s'accompagnait d'une projection héautoscopique hétérosexuelle.

*
**

Claude V..., 24 ans, employé de Banque, entre dans le Service le 13 février 1956, venant de l'Hôpital général de Lagny, où il n'est resté qu'une dizaine de jours, pour des « troubles mentaux faits de maniérisme, incohérence, rires immotivés et évoquant un syndrome schizophrénique » (Dr Jacob).

L'étude des antécédents personnels révèle d'ailleurs deux internements antérieurs à Ville-Evrard en 1950 et 1955 où les diagnostics posés furent successivement : état confusionnel, accès de manie confuse, état d'excitation maniaque et, enfin, état d'agitation d'allure schizophrénique avec propos incohérents, flou de la pensée, automatisme mental, hallucinations psychiques, auditives et cénesthésiques. Le début de chaque épisode pathologique, toujours très brusque, a été caractérisé par des rires immotivés, « des gestes bêtes », des « singeries devant les clients », une activité ludique à froid consistant à cacher sans motif, dans des endroits les plus divers, des objets hétéroclites.

Dans les antécédents héréditaires, on retrouve la notion de crises comitiales chez le grand-père maternel. La mère, morte en 1951 d'une maladie de cœur, présentait également depuis l'âge de 14 ans des crises épileptiformes. Le père, remarié, le frère et la sœur sont indemnes de toute atteinte psychopathique.

Dès le premier contact, l'attention est attirée par l'aspect physique très particulier du malade, son comportement équivoque, son maniérisme qui rappelle par plus d'un point les minauderies propres à l'autre sexe. Il se recoiffe dans la glace, se tapote, se rajuste, soupire et déplore l'inesthétique de son habillement. Sa voix à tonalité aiguë évoque alternativement celle d'une femme ou d'un adolescent à la période pubertaire. Toute son activité gestuelle revêt dans les moindres détails un caractère essentiellement féminin : il s'examine les doigts et les ongles, dans un geste qui rappelle celui d'une femme qui laisse sécher son vernis ; les mains sont ensuite introduites, fléchies à angle droit, les coudes collés au corps, dans les poches de son veston ; sa démarche, enfin, par balancement et oscillations du corps, est en elle-même suffisamment caractéristique.

Ce maniérisme est associé à des troubles importants de la mimique et à des manifestations discordantes marquées avec perturbations affectives, sourires immotivés, ou rires ; à l'évocation de la mort de sa mère, les troubles du langage, les stéréotypies, confirment, ainsi que l'exposé des idées délirantes, l'existence d'un syndrome schizophrénique en évolution.

Le malade, d'abord un peu méfiant et réticent, extériorise ensuite spontanément, avec un certain luxe de détails, un système délirant à base polyhallucinatoire, à thèmes de persécution et d'influence s'exerçant sur son corps et son esprit. Son persécuteur est un personnage de sexe féminin « qui lui ressemble, qui a le même corps et la même tête que lui, qui porte le même tricot, qui s'habille tou-

jours comme lui ». Il ajoute : « C'est une nature bizarre, drôlesque, provocante, qui n'a pas peur du ridicule. Je sais où elle demeure : elle a changé de logement parce que je l'avais reconnue. Je l'ai revue à Lagny et à Ville-Evrard. C'est un dédoublement de moi-même... » Ce personnage importun, qui le suit pas à pas dans chacun de ses déplacements, cette « Simone » qui le persécute et dont il ignore le nom de famille, cette « inconnue d'un soir », ne représente nullement à ses yeux une création de son imagination. Son rationalisme morbide en donne une explication syllogistique : « Je l'ai vue à Lagny. Lagny existe bien, on ne l'imagine pas. Elle existe donc bien réellement elle aussi. »

L'apparition de ce double constitue à chaque fois un phénomène très pénible et angoissant, qui dépasse le stade de la simple hallucination spéculaire. « J'ai son sosie de temps en temps. Je le vois, ou plutôt je le supporte, je le subis même. Je me confonds en elle. En lui ressemblant, cela m'attire des ennuis... Quand je parais être une femme, ce sont les femmes qui me regardent pour voir si c'est moi ou si c'est elle. » Ce malaise traduit bien la perturbation de la notion d'identification du Moi par le monde extérieur au cours des états de dépersonnalisation.

La représentation visuelle est encore troublée par l'existence de méconnaissances ou de fausses méconnaissances. Enfin, le dédoublement de la personnalité a revêtu une seule fois un aspect homosexuel : le malade a dit un jour, peu après son admission : « Le nouveau arrivé ce matin en même temps qu'un avocat, et qui est couché en face de moi, me ressemble de façon éperdue. »

Le phantasme « Simone » ne se contente pas d'apparaître à ses yeux ; même lorsqu'il est invisible, Claude V... entend son pas au-dessus de lui, il en est excédé : « Ça tourne au ridicule. » De près ou de loin, « elle agit sur lui ». « Elle me prend mon regard, dit-il, elle me prend ma pensée par magnétisme... Toutes mes réponses sont faites à l'avance. Ce doit être la retransmission de pensée. Quand je la rencontre dans la rue, il faut que je m'arrête, que je la salue. Elle me dirige. Elle me fait mentir, elle me fait pleurer : alors, j'ai l'air de quoi, d'une femme... Elle me donne des ordres, elle me fait détester les autres... " Inversement ", la personne que je vous dis agit sur moi par magnétisme, elle me retient mon amour, elle m'empêche de *faire* l'amour. »

Ses organes et son corps ne sont pas plus épargnés par cette compagne insolite ; mais c'est naturellement l'appareil génital qui est le plus touché puisque, nous dit-il, « je ne suis plus très bien réglé, je tiens ça d'elle ».

La désagrégation schizophrénique a objectivité et projeté dans le monde ambiant, sous la forme de ce double hétérosexuel, des préoccupations latentes et déjà anciennes concernant la morphologie et le sexe, secondairement accrues par les sensations de transformation

corporelle et de dépersonnalisation. En effet, le malade précise de lui-même : « A certaines époques, je me demande si je suis un homme ou une femme. On m'a toujours appelé la fille. Les garçons et les filles se moquent de moi, les filles me salissent le pantalon » (probablement par mépris à ses yeux). Il nous confirme un peu plus tard : « J'ai un corps de femme en moi. C'est monstrueux. Il y a longtemps, à peu près depuis que je suis formé, c'est un besoin de la nature. » Et il ajoute : « Regardez, ce sont des bras et des jambes de femme... J'ai même pensé à un moment que j'avais des organes génitaux de femme, il y avait un petit espace entre eux. »

Claude, son prénom, par le potentiel ambosexuel qu'il porte, accroît encore ses craintes d'indifférenciation génitale. Le langage lui-même extériorise parfois, de façon pittoresque, la révolte contre l'intrusion de symboles féminisants. Ainsi, à propos des phénomènes ressentis, précise-t-il : « C'est obsessieux ; je ne dis pas obsession, car c'est un mot féminin, je préfère obsessieux parce que c'est masculin. »

Sa famille avait fait des remarques sur son comportement qui traduisaient, bien avant son hospitalisation, des soucis identiques : « Il restait longtemps devant une glace à se regarder et à se toucher, puis il devenait pâle et transpirait du visage, déclare son père. Quand on lui demandait ce qui se passait, il n'était pas content, il n'aimait pas qu'on s'occupe de lui. » D'une timidité maladive, il sortait seul, ne causait jamais à une jeune fille, et il n'a jamais eu, semble-t-il, de rapports sexuels avec une femme. Il n'avait pas non plus de camarades masculins ; aucune manifestation sexuelle atypique, aucun goût pour le travesti et l'habillement féminin n'ont été signalés. Sa distraction principale était la lecture de revues féminines et la collection de photographies d'actrices de cinéma.

L'exposé de ces problèmes relatifs à son identification sexuelle s'accompagne de variations assez importantes de l'humeur et de l'affectivité, allant de l'inquiétude et de l'angoisse à une certaine complaisance, et même à l'ébauche d'une sorte de désir sexuel pour ce phantasme féminin enchaîné et incorporé à lui, traduction d'un éonisme inconscient.

La personnalité a été explorée par différentes épreuves pratiquées à l'entrée et qui ont confirmé les perturbations révélées par l'examen mental, perturbations en rapport avec le processus dissociatif, les troubles de l'identification du Moi, les préoccupations sexuelles et l'immaturation affective.

Le test du masque provoque une triple réponse : le malade l'identifie d'abord à la mort : « Il est noir, les yeux sont bleus, agrandis, la bouche est pleine de sang. » Puis il retrouve les traits d'une collègue de bureau : « C'est Micheline. » Enfin, après hésitation, il donne une troisième interprétation : « Oui, oui... peut-être... c'est mon masque : c'est un visage de femme. On en a parlé ces jours-ci, il se peut que j'aie un visage de femme. »

Le test projectif de Rorschach provoque des réponses généralement retardées, pauvres et stéréotypées : « une femme... le soutien-gorge ou le dos... c'est tout à fait la femme... un visage, le commencement d'un visage avec un décolleté et un bijou sur la poitrine... la taille et la poitrine de la femme... visage voilé de femme, avec coiffure et voile... un visage de femme avec les yeux et la fourrure... encore un décolleté, une poitrine et le devant de la robe... une coiffure... une aigrette... et toujours un visage de femme..., etc... ».

En ce qui concerne son intégration au milieu, méritent d'être signalés, outre l'attitude schizoïde ancienne : l'attachement excessif à la mère pendant l'enfance, contrastant d'ailleurs avec son indifférence pathologique au moment du décès de celle-ci, l'hostilité à l'égard du père dont il a souhaité la mort plus ou moins inconsciemment, le désintérêt vis-à-vis du frère et de la sœur, enfin, des réactions agressives déclenchées par la sollicitude exagérée de sa famille.

En définitive, l'examen clinique et les renseignements familiaux confirment qu'il s'agit d'un sujet arriéré affectif, chez lequel les sensations cénesthésiques diffuses accompagnant la dissociation schizophrénique ont provoqué une angoisse relative à sa morphologie et à ses possibilités existentielles immédiates.

L'examen physique montre, outre un état somatique satisfaisant, divers signes caractéristiques de la morphologie féminine : bassin élargi, hypopilosité pubienne à topographie intermédiaire entre celles des deux types masculin et féminin, hyperlaxité ligamentaire avec possibilité d'extension plus marquée de l'avant-bras sur le bras, léger affaiblissement de la voûte plantaire, ébauche d'hypertrophie mammaire. Cependant, les organes génitaux sont d'aspect normal, quoique un peu petits. Les troubles neurologiques de la série asomatognésique, décrits par Lhermitte, Tcherhazi, Van Bogaert, dans certaines perturbations de l'Image de Soi, n'ont pas été retrouvés. La sudation est exagérée. Il n'existe pas d'effacement des plis radiés de la marge de l'anus. L'examen clinique a d'ailleurs été un excellent prétexte pour déclencher une explosion de minauderies et de contorsions clownesques typiques d'un excès de pudibonderie.

Les recherches complémentaires n'ont fourni que peu de renseignements : la réaction de Bordet-Wassermann est négative ; l'urée sanguine est à 0,41. Le dosage des stéroïdes urinaires (Delaville) montre un léger abaissement peu caractéristique (11,7 mgr. par 24 h. pour les 17-cétostéroïdes ; 0,55 mgr. par 24 h. pour les 11-oxycortico-stéroïdes). Le tracé électroencéphalographique (Dr Verdeaux) ne révèle aucune anomalie notable, à part quelques éléments thêta à la fin de l'hyperpnée.

Evolution. — Sous l'influence de la psychothérapie et d'une thérapeutique par la chlorpromazine à doses croissantes, sans toutefois dépasser 225 mgr. par jour, la symptomatologie s'est progressivement modifiée. Après trois semaines de traitement, le malade continue

d'entendre des ordres directement dans le cerveau : « Ils viennent de mon double : je reconnais une voix de femme : c'est Simone. » Les convictions délirantes persistent, inchangées : « Elle lui fait faire des gestes, dire des paroles méchantes, bouger dans son lit, se masturber : c'est toujours mon sosie en femme. » Elle agit sur ses organes sexuels, elle lui prend son corps entier : « Elle est toujours là... à tel point que je voudrais qu'elle meure » (aucune réaction suicidaire n'a cependant suivi ces paroles). Il nie toujours avoir eu des habitudes homosexuelles ; il ne peut cependant expliquer l'usage très particulier qu'il fit d'un stylo-mine qu'en disant : « On m'ennuyait avec le thermomètre : c'est un réflexe. » Cet incident fut d'ailleurs le seul de ce genre au cours de son séjour.

Puis, les phénomènes psycho-sensoriels, auditifs et surtout visuels ont régressé les premiers, alors que persistaient encore les troubles du comportement et les manifestations hétérosexuelles. Deux mois plus tard, ces derniers avaient disparu à leur tour. Une conversation avec le malade nous apprend alors que : « ça parlait dans sa tête, mais qu'il ignore d'où venaient les ordres qu'il recevait. Il pense que c'était une femme qui a disparu ». « Simone était une personne imaginaire. Elle existait dans mon esprit à moi. Maintenant, elle ne me commande plus. C'était maladif, je ne pense plus à rien. » Si la pensée reste encore un peu floue, l'amélioration est cependant considérable, étant donné l'intensité des troubles à l'arrivée. Il est encore inquiet, ralenti, approbatif, mais les éléments principaux du syndrome ont disparu (cf. les étapes de la reconstruction du Moi, dans le journal d'un schizophrène de Mme Séchéhaye).

Aucun incident important n'a été observé pendant la conduite du traitement. L'apparition de phénomènes extra-pyramidaux frustes, alors que le malade recevait 200 mgr. de chlorpromazine (juin 1956), a nécessité l'association d'antiparkinsoniens de synthèse (artane) qui ont supprimé la roue dentée, les contractures, l'attitude soudée et l'hypomimie (cf. Letailleur et ses collaborateurs, *Encéphale*, 1956).

Le malade a quitté le Service le 19 août 1956, recevant encore 75 mgr. de chlorpromazine ; il a repris en septembre ses occupations à la Banque ; son état est resté satisfaisant jusqu'à la fin de l'année.

Cependant, en février 1957, il nous a écrit du Service de neuropsychiatrie de l'Hôpital de Melun pour se plaindre à nouveau de Simone. Plus tard, il nous dira qu'elle l'ennuyait, qu'elle répétait ses pensées, qu'elle lui donnait des ordres, qu'elle l'agaçait en lui touchant les organes génitaux à distance. Elle en était arrivée à l'empêcher de travailler et à lui faire des « choses stupides » ; il finissait par lui obéir « pour avoir la paix ». Dans ses rêves, il avait l'impression d'avoir des rapports sexuels normaux avec elle. Cette « poussée », qui a cédé comme la précédente à la chlorpromazine, a duré de janvier à mars 1957.

Après reprise du travail le 15 mars, une nouvelle rechute a abouti

à son hospitalisation à Melun (9 juillet 1957), à sa réintégration dans le Service le 30 octobre, malgré le traitement par le 4560 R.P. qui paraît avoir modifié le tableau clinique initial assez comparable, semble-t-il, à celui observé en janvier 1957 et l'année précédente. A ce moment, il accusait les symptômes suivants : fatigabilité, incapacité de fixer son attention, perplexité, inquiétude, sentiment de bizarrerie et d'étrangeté de l'ambiance, impression de transformation corporelle, troubles de la cénesthésie, hallucinations auditives à teinte mystique (il croyait entendre Dieu lui donner des conseils à l'oreille). Par contre, Simone, « le double de son corps », qu'il avait vue, qui avait « vécu en lui », dont il avait eu l'impression d'être possédé, avait disparu depuis deux mois et il en parlait au passé sans rectifier aucune des convictions anciennes à son sujet.

Depuis cette époque, il y a eu dans son état des alternatives d'aggravation et de rémission. L'idée d'une intervention divine a définitivement disparu, mais il y croit encore. Ses conceptions à propos de son double ont varié. Parfois, la rectification est complète : « Simone n'est pas réelle... c'est une imagination. » Actuellement, elle est seulement relative : « Depuis que j'ai été opéré, je suis redevenu normal... c'était mon double... je l'ai vue... elle était blonde... elle m'importunait... elle agissait sur moi... elle me touchait... elle me parlait... il y a un mois qu'elle ne dit plus rien. » Depuis la disparition et le silence de Simone, un homme lui parle directement dans la tête et lui donne des conseils. Ce n'est pas Simone qui s'est transformée, il ignore ce qu'elle est devenue ; cependant, elle n'est pas « rentrée en lui », ce n'est pas un double masculin : c'est quelqu'un de Clermont qui ne vit pas dans le Service.

L'observation détaillée de ce malade confirme les données classiques sur la relation intime qui existe entre les troubles cénesthésiques et l'autoscopie (Sollier). Les symptômes que nous avons décrits constituent une phase avancée de la dépersonnalisation qui a eu chez ce sujet une évolution suraiguë, passant très rapidement du stade d'étrangeté vis-à-vis de l'ambiance et de son propre Moi, jusqu'au sentiment de dédoublement de la personnalité et projection hallucinatoire du double.

Ce sont les perturbations profondes, sensitivo-sensorielles, viscérales, cénesthésiques diffuses, associées à un état affectif fait d'anxiété, de doute et d'interrogations multiples, à une introspection de tous les instants, à une « tendance irrésistible à l'auto-observation continuelle » (Schilder), qui entraînent les différentes étapes de la désorganisation du Moi. Les changements se produisent à la fois, et parallèlement, dans le Moi et dans le monde extérieur. A chaque degré de plus dans la modification

du Moi correspond un échelon supplémentaire dans la transformation de l'ambiance, jusqu'à ce que la dissociation soit suffisamment importante pour justifier la présence de deux Moi coexistants, dont l'un va se projeter sur autrui et s'identifier à lui. Cette objectivation constitue le point de départ de la systématisation délirante (Mignard, Balvet). Dans deux très intéressantes publications, P. Schmidt a particulièrement étudié le problème des limites du Moi et les troubles de l'expérience d'Autrui au cours de divers états psychopathiques et surtout au cours des schizophrénies. La désagrégation des frontières invisibles entre le Moi et Autrui est particulièrement nette chez notre malade qui nous a dit au cours d'un entretien : « Vous avez une double personnalité, deux parties intransigeantes de sexe masculin », généralisant spontanément sur son entourage immédiat ses propres sensations angoissées.

Comme le disaient Capgras et X. Abély (*Annales médico-psychologiques,* 1926), « les fausses reconnaissances et les méconnaissances n'éveillent aucun doute, mais font naître le soupçon d'une vaste comédie et soulèvent des protestations » de la part du malade. Secondairement, le délire s'organise, plus ou moins flou, la phase de supposition et du « comme si » (Krapf) disparaît, le sentiment de non-familiarité du monde extérieur régresse et est remplacé par l'impression d'hostilité. Souvent, notre malade a insisté sur cette attitude de son double féminin, attitude qui allait jusqu'à l'agressivité. Quant au syndrome des sosies, il est « une manifestation pittoresque du caractère xénopathique », selon l'expression de M. Guiraud, que revêtent de façon plus ou moins immédiate les altérations profondes de la conscience (« Vie », *Annales médico-psychologiques,* 1930). Le dédoublement de la personnalité ne constitue qu'un cas particulier de l'illusion de sosies.

Claude V..., préoccupé depuis la puberté par sa morphologie corporelle ambosexuelle, a été amené progressivement à en considérer les aspects féminins comme des éléments intrus et parasites dont il souhaite vivement la disparition, car il les interprète comme une cause perpétuelle de quolibets et d'ennuis. La scission du Moi revêt ainsi le type d'un manichéisme délirant où les deux principes symboliques mâle et femelle se heurtent violemment en un combat jamais fini, source d'anxiété. La lutte devient encore plus inégale après la projection hallucinatoire du double féminin qui, doué d'une puissance surnaturelle, va persécuter le Moi — idéal masculin, objet de la sollicitude du malade.

La pensée schizophrénique jette sur l'ensemble du tableau délirant un voile de mystère accru et rend les constructions morbides encore plus mouvantes et plus difficilement accessibles. Cependant, un examen attentif, patient et prolongé, des conversations fréquentes mettent bien en évidence le fait que l'objectivation dans le monde extérieur du double hétérosexuel est un mécanisme de défense contre l'angoisse profonde et ancienne du malade quant à la nature de son sexe. Cette réaction de protection se rapproche des théories émises par Hesnard et les psychanalystes qui font par ailleurs de la schizophrénie une régression aux positions narcissistes-infantiles, et qui assimilent la dépersonnalisation à un désir sexuel ressenti par le malade pour son propre Moi. S'il y a dédoublement véritable, et à plus forte raison dans le cas de notre sujet, il s'établit un véritable jeu amoureux, chacun des deux éléments recherchant et désirant l'autre. Cet exemple s'applique bien à l'opinion du Professeur Hesnard, selon laquelle le dépersonnalisé est « un refoulé du sentiment, sa pensée est fortement sexualisée, il croit pouvoir résoudre le problème sexuel de façon en apparence agréable et économique, en faisant de lui-même, de sa propre personne, l'objet même de ses désirs sexuels ».

Les diverses métamorphoses psychiques et somatiques, le bouleversement des données naturelles, ou considérées comme naturelles, l'activité mentale automatique, l'écho et le vol de la pensée, l'action ressentie sur tous les organes, l'étrangeté paroxystique des phénomènes, créent chez le malade l'illusion d'une influence, d'une effraction fantastique de sa personnalité, d'une possession par une puissance occulte (Osterreich), d'un envoûtement (Lhermitte) par le double.

Le malade de Jaspers disait, en parlant de son double, « qu'il ne l'avait jamais vu, jamais entendu, jamais senti par son corps, jamais touché, mais qu'il sentait avec une netteté extraordinaire la présence de cet être ». Au contraire, celui dont nous avons présenté l'observation a témoigné d'une exaspération polysensorielle qui lui a permis de déceler l'existence de son double à tout moment de son histoire délirante. Sa morphologie pseudo-hermaphrodite semble avoir été l'élément de base dans l'apparition des troubles de la personnalité : il a suffi d'un certain degré de dissolution de la conscience à la faveur de l'évolution schizophrénique pour que, selon l'expression de Ribot, « les facultés

affectives et les dispositions morales subissent le contre-coup de la conformation vicieuse des organes ».

Au total, l'héautoscopie hétérosexuelle paraît résulter de deux facteurs : d'une part, la désagrégation schizophrénique, de l'autre, les prédispositions somatiques et psychologiques.

BIBLIOGRAPHIE

Balvet. — De l'importance du sentiment de dépersonnalisation dans la pathologie des délires. *Evolution psychiatrique*, 36.

Baruk. — *Désorganisation de la personnalité*, P.U.F., 1952.

— Sentiment de la personnalité. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1951.

Bogaert. — La pathologie de l'image de soi. *Annales médico-psychologiques*, 1934.

Capgras. — Le sentiment d'étrangeté et l'illusion des sosies. *Bulletin Société clinique médecine mentale*, 1924.

Du Couëdic (H.). — Etats angoissants d'étrangeté et de dépaysement chez les psychasthéniques. *Thèse*, Paris, 1950. Bibliographie.

Follin. — La dépersonnalisation. *Encyclopédie médicale*, chap. I. Bibliographie.

Hécaen et Ajuriaguerra. — *Méconnaissances et hallucinations corporelles*. Bibliographie.

Hesnard (cité par Morgenstern Sophie). — Conception psychanalytique de la dépersonnalisation. *Evolution psychiatrique*, 1951.

Janet. — Les troubles de la personnalité sociale. *Annales médico-psychologiques*, 1937.

Jaspers. — *Psychopathologie générale*, Alcan, 1928.

Lhermitte, Hécaen et Couloujon. — Héautoscopie et onirisme. Le problème du double dans le rêve et le songe. *Annales médico-psychologiques*, 1942.

Mignard. — *L'unité psychique et les troubles mentaux*, Alcan, 1928.

Osterreich. — *L'état subjectif des possédés*.

Porot. — *Manuel alphabétique de psychiatrie*, 1952.

Ribot. — *Les maladies de personnalité*, Alcan, 1908. Bibliographie.

Schmidt (P.). — La dépersonnalisation et les limites du moi. *Annales médico-psychologiques*, 1951.

— Les troubles de l'expérience d'autrui. *Entretiens psychiatriques*, l'Arche, 1952. Bibliographie.

Séchehaye. — *Journal d'une schizophrène*, P.U.F., 1950.

Sollier. — *L'autoscopie*, 1903.

Tchéhrazi. — L'image de soi. *Thèse*, inspirée par Lhermitte, 1935.

LES « ECONOMISEURS D'INSULINE » DANS LA CURE DE SAKEL

(Hyaluronidase et B.Z. 55)

PAR

P.-C. RACAMIER, M. BLANCHARD et L. CARRETIER (1)

Nous nous proposons de présenter une étude statistique des économies d'insuline réalisées dans l'obtention des cures de Sakel par deux produits dont l'un, l'Hyaluronidase, est connu et utilisé depuis plusieurs années déjà, et dont le second, le Carbutamide ou B.Z. 55 (2), est d'introduction récente en psychiatrie. C'est ce dernier produit qui nous retiendra le plus.

I. — Présentation des produits et des travaux

A) *Hyaluronidase.*

L'Hyaluronidase est bien connue pour être un muco-enzyme de nature protéique dont les deux principales origines sont bactérienne et tissulaire et en particulier testiculaire, et dont la propriété majeure est de faciliter la diffusion des liquides en augmentant la perméabilité des tissus (on admet que l'Hyaluronidase agirait en dépolymérisant l'acide hyaluronique constituant des tissus conjonctifs ; c'est ainsi qu'il favoriserait la répartition et la diffusion des liquides injectés dans les tissus cellulaires, sous-cutanés et musculaires. On admet également qu'il augmente la perméabilité capillaire et par suite la vitesse d'absorption des substances injectées).

L'activité de l'Hyaluronidase est mesurée le plus souvent en

(1) Hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne).
(2) Spécialisé par les Laboratoires Servier sous le nom de Glucidoral.

unités V.R.U., qui mesurent la réduction de l'acidité de l'acide hyaluronique.

On utilise en général, et nous avons utilisé pour notre propre compte, l'Hyaluronidase testiculaire dosée à 250 unités V.R.U.

On doit à G. Sacerdoti d'avoir en premier eu l'idée d'utiliser l'Hyaluronidase pour faciliter l'obtention par l'insuline du coma hypoglycémique et en diminuer ainsi les doses (1951).

En France, successivement, Demay et collaborateurs, en 1953, avec une Hyaluronidase bactérienne (6 cas), puis Rondepierre et collaborateurs (toujours en 1953), avec une Hyaluronidase testiculaire (33 cas publiés), puis Blandin, Guillon et Racine (1953, 10 cas), ont publié les résultats obtenus par l'association d'Hyaluronidase à l'insuline dans la cure de Sakel. Une étude d'ensemble de cette question a été faite par Guillon (1954).

Tous ces auteurs s'accordent à conclure que l'adjonction de l'Hyaluronidase à l'insuline permet d'abaisser la dose d'insuline nécessaire pour provoquer le coma. L'économie réalisée est d'importance variable selon les cas et il n'en a pas été fait d'étude statistique. A part certains résultats remarquables, et semble-t-il exceptionnels (comme ceux que signalent Rondepierre et collaborateurs et où la dose comatogène d'insuline put être abaissée de 180 à 60 unités ou de 240 à 80 unités), l'économie moyenne semble être d'environ 1/3 de la dose primitive.

En outre, on signale (cf. en particulier le travail de Rondepierre et collaborateurs et la thèse de Guillon) que le premier coma semble être obtenu plus rapidement et les comas suivants d'une façon plus constante ; que le coma vient plus tôt par rapport à l'heure d'injection d'insuline et que par conséquent le temps de latence est diminué (de 33 minutes en moyenne selon Rondepierre et coll.), et enfin que le réveil semble plus facile et les incidents moins fréquents.

B) *B.Z. 55.*

Le N1-Sulfanilyl-N2-n-Butyl-Carbamide ou Carbutamide ou B.Z. 55 (Glucidoral) est un hypoglycémiant de synthèse appartenant à la famille des sulfamides auxquels il s'apparente par sa fonction SO_2NH.

Son intérêt principal en thérapeutique réside dans sa fonction hypoglycémiante. Nous ne nous étendrons pas sur les différentes hypothèses que l'on a émises pour expliquer cette action hypoglycémiante ; certaines de ces hypothèses situent cette action au niveau pancréatique (soit par inhibition fonctionnelle et réver-

sible des cellules « alpha » du pancréas, cellules productrices du glucagon, hormone hypoglycémiante glyconéolytique, soit par stimulation directe des cellules « bêta », productrices d'insuline). D'autres hypothèses situent cette action hors du pancréas (soit par inhibition des destructeurs de l'insuline ou stimulation des inhibiteurs de l'insulinase, soit enfin par blocage de la néoglygénèse hépatique).

Quoi qu'il en soit, le B.Z. 55 a pour effet de diminuer fortement le courant du glucose hépatique sans modifier pour autant l'activité de l'insuline.

L'élimination très lente du produit en permet l'action-retard et autorise une posologie quotidienne relativement faible (certains auteurs préconisent une administration discontinue lorsqu'elle doit être prolongée afin d'écarter tout risque de granulopénie).

Les propriétés du B.Z. 55 ont incité nombre de diabétologues étrangers (Bertram et coll.) et français (Azérad, Ravina, Pocelin, Boulin, Loustau et coll., Deuil, 1956) à l'utiliser dans le traitement du diabète pour remplacer l'insuline, soit en totalité dans les diabètes mineurs sans dénutrition, qui constituent l'indication principale en médecine du Glucidoral, soit seulement en partie dans les diabètes plus sévères. (Signalons à titre documentaire que si le B.Z. 55 est particulièrement intéressant dans les diabètes accompagnés d'un processus infectieux, en raison de l'action bactériostatique de ce produit sulfamidé, celui-ci est au contraire contre-indiqué dans les diabètes maigres, les diabètes avec acidose et les diabètes infantiles et juvéniles).

La dose quotidienne utilisée généralement en diabétologie est de 1 gramme.

Ce sont évidemment ses propriétés hypoglycémiantes qui ont incité certains auteurs à utiliser le B.Z. 55 en pratique psychiatrique dans le cadre des cures d'insuline.

C'est à Voelkel que l'on doit le premier et plus important travail sur l'association du B.Z. 55 et de l'insuline dans le traitement des psychoses par la cure de Sakel (1956).

Il résulte du fait que l'hypoglycémie provoquée par ce produit est prolongée et modérée qu'il est impossible d'obtenir un coma insulinique avec du B.Z. 55 seul.

Par contre, l'utilisation B.Z. 55-insuline permet une économie sensible d'insuline. Cette économie est évaluée par Voelkel à un taux variant de 33 à 62 % selon les quantités de Carbutamide utilisées.

Le travail de Voelkel présente une certaine rigueur expérimentale. Il a en effet divisé une trentaine de malades schizophrènes, soumis à la cure de Sakel, en trois groupes, dont le premier reçut le traitement insulinique seul, dont le second reçut d'abord le traitement insulinique, puis l'association de l'insuline et du B.Z. 55, et dont le troisième, enfin, reçut dès le début un traitement d'insuline avec B.Z. 55.

Les résultats de cet auteur montrent que l'économie d'insuline augmente avec la posologie du B.Z. 55 et qu'elle est plus importante lorsque le B.Z. 55 est introduit après que le coma ait été obtenu par l'insuline seule. Les variations indiquées par l'auteur semblent significatives bien qu'elles n'aient pas fait l'objet d'une vérification statistique.

En France, en 1957, Vallade et coll. ont repris la technique de Voelkel et ils constatent une économie d'insuline de 44 % en moyenne (4 cas).

D'autre part, Voelkel signale que le temps de latence, c'est-à-dire le temps de survenue du coma après l'injection d'insuline, est sensiblement abaissé par l'utilisation du B.Z. 55 (observation qui n'a pas été vérifiée par Vallade). Le temps du réveil est également raccourci.

Tant Vallade que Voelkel soulignent que l'introduction du B.Z. 55 diminue le coefficient de risques, raréfie les états d'excitation avant, pendant et après coma, facilite le réveil et, d'une façon générale, permet à la cure de s'opérer dans un état de plus grand calme et de plus grande détente.

II. — Techniques

1° *Hyaluronidase.*

La technique de l'utilisation de l'Hyaluronidase est simple et bien connue (cf. Guillon, 1954) ; dans la même aiguille intramusculaire, mise en place dans le muscle fessier, on injecte successivement l'Hyaluronidase (3) et, quelques minutes après, la dose d'insuline, en plusieurs points successifs plus ou moins profonds.

(3) Pour notre part, nous avons presque toujours injecté une dose de 250 unités V.R.U. d'Hyaluronidase testiculaire.

2° *B.Z. 55.*

A la suite de Voelkel, nous avons utilisé la technique suivante, déjà reprise par Vallade et coll. : 3 à 10 comas étant obtenus par la technique habituelle (c'est-à-dire, dans notre expérimentation, par l'insuline associée à l'Hyaluronidase), on donne une dose de charge de l'hypoglycémiant de synthèse à l'occasion d'un jour de repos. Cette dose de charge est de 4 gr. (4).

Dès le lendemain, on reprend la cure en injectant d'abord une dose d'insuline moitié moindre de la dose comatogène précédemment atteinte, et, durant toute la cure, on continue l'administration du Glucidoral à raison de 1 gr., soit 2 comprimés par jour, le soir, sans modifier le régime alimentaire.

En ce qui concerne l'administration d'insuline, on peut être amené, par tâtonnements, à diminuer ou augmenter la dose nécessaire à l'obtention du coma. Signalons en outre qu'il nous est arrivé, dans toutes les cures dont nous parlerons, d'utiliser la technique du zigzag lorsque la malade sembla devenir insulino-résistante.

On utilise le même procédé pour les cures d'insuline humides, non comatogènes, cures que nous avons pratiquées quelquefois avec le B.Z. 55, mais dont nous ne ferons pas état dans ce travail.

Alors que Voelkel semble avoir éveillé ses malades par sonde, nous avons, comme à notre habitude, toujours opéré le réveil par injection intraveineuse d'une solution de glucose hypertonique, suivie de l'ingestion de sirop de sucre. Pour cette raison, tous nos réveils sont rapides et nous ne pourrons effectuer aucune comparaison en ce qui concerne la durée de réveil avec les observations effectuées par Voelkel.

Il est à signaler que nous n'avons jamais observé aucun incident redevable à l'absorption du B.Z. 55, même pas les nausées que signalent Vallade et ses coll.

III. — Résultats de notre expérience personnelle

Nous pratiquons nos cures d'insuline depuis quatre ans en utilisant l'Hyaluronidase et depuis un an en y adjoignant le B.Z. 55. Nous ferons état ici de 32 cures d'insuline pratiquées avec Hyaluronidase et de 19 cures pratiquées avec Hyaluronidase et B.Z. 55 (certaines de ces dernières cures étant encore en cours, mais en voie d'achèvement).

(4) Soit 8 comprimés de Glucidoral. Il est possible que cette dose de charge puisse être réduite à 2 grammes.

Pour les nécessités des calculs statistiques, nous avons comparé ces 32 cures et ces 19 cures à 41 cures pratiquées avant et pendant l'année 1953, avec l'insuline seule.

Notre matériel clinique porte donc sur 92 cures de Sakel en tout.

On ne trouvera ici aucune donnée concernant les résultats cliniques ; seules, la technique et les modifications qu'elles apportent au déroulement de la cure ont fait l'objet de nos études, dont les résultats ont été soumis à l'élaboration statistique (ce qui n'avait pas été fait précédemment par les autres auteurs) (5).

1° *Homogénéité des trois groupes étudiés.*

Nous avons testé l'homogénéité des trois groupes de cures étudiés en faisant procéder à une « vérification d'échantillonnages » (cette vérification était nécessaire du fait que les échantillons n'avaient pas été tirés au sort). Les trois groupes étudiés ont été : l'âge des malades, leur poids initial, et leur état clinique (6).

Les calculs statistiques ont montré qu'il n'existe pas de différence significative entre les trois groupes de malades en ce qui concerne les critères que nous venons d'énumérer.

En effet, les poids moyens sont (en kilos) :

pour le groupe I de 59,06 ;
pour le groupe I + H de 51,11 ;
pour le groupe I + H + B.Z. de 54,53.

Le test de l'analyse de la variance montre que les moyennes ne sont pas significativement différentes.

Il en est de même pour les âges moyens, qui, pour les trois groupes précédemment énumérés, sont respectivement, en années, de 28,50, 30,65, 32,10.

(5) Ce travail statistique a été effectué par M. Anguera, de Paris, grâce à l'aide des Laboratoires Servier.

(6) En ce qui concerne ce dernier critère nos malades, qui sont toutes des femmes, appartiennent toutes à la schizophrénie ou à ses formes marginales.

En ce qui concerne les groupes II (insuline + Hyaluronidase) et III (insuline + Hyaluronidase + B.Z. 55), nous avons classé rapidement et empiriquement les malades en trois catégories, selon que la schizophrénie était discutable ou qu'il s'agissait d'une forme marginale (catégorie 1), qu'elles présentaient une schizophrénie de forme paranoïde (catégorie 2), ou enfin qu'elles appartenaient aux formes graves hébéphréno-catatoniques et apparemment détériorées de la schizophrénie (catégorie 3). Nous répétons que ce critère de gravité est purement empirique, mais du fait que le classement a été opéré sans idée préconçue par le même observateur, il constitue du seul point de vue statistique une base de comparaison valable.

En ce qui concerne les critères cliniques, le test du X2 pratiqué entre les deux groupes I + H et I + H + B.Z. donne une valeur de 0,42 qui est très éloignée du seuil de signification à 5 % (3,84).

2° *Etude et calcul des économies d'insuline réalisées.*

Notre expérience confirme pleinement que l'adjonction de l'Hyaluronidase et l'association de B.Z. 55 à la cure de Sakel permettent l'une et l'autre de réaliser de sensibles économies dans la dose d'insuline comatogène.

En effet, les doses moyennes d'insuline comatogènes s'établissent aux chiffres suivants (en unités) :

pour 41 cures d'insuline seule : *118,98 ;*
pour 32 cures d'insuline avec Hyaluronidase : *88,25.*
pour 19 cures d'insuline avec Hyaluronidase et B.Z. 55 : *53,47.*

Ces différentes moyennes ont été obtenues de la façon suivante : la dose comatogène moyenne a été calculée pour chaque cure *sans tenir compte des doses utilisées pour les premiers comas,* c'est-à-dire sans tenir compte de la période de tâtonnement de début de cure.

Cette précaution est importante car, si on ne la prend pas, on risque de s'appuyer sur des dosages qui n'ont qu'une valeur extrêmement transitoire.

Dans certains cas, le coma a pu être obtenu avec Hyaluronidase et B.Z. 55 à l'aide de doses d'insuline particulièrement basses : 20 unités dans un de nos cas.

Toutefois, une observation isolée de ce type nous intéresse peu dans le cadre du travail statistique d'ensemble que nous avons mené.

L'étude statistique, elle, a montré que les différences entre les trois moyennes indiquées ne peuvent en aucun cas être le fait du hasard et qu'elles sont d'une significativité très élevée.

En effet, l'analyse de la variance donne le résultat suivant :

$$\frac{s_T^2}{s_e^2} = 28{,}6$$

(alors que, pour une probabilité de 0,01, la valeur est de 4,61).

Il y a une chance sur 10.000 pour que le hasard fournisse la différence que nous avons observée dans les doses d'insuline entre le groupe I (insuline seule) et le groupe II (insuline + Hyaluronidase).

Il y a deux chances sur 10.000 pour que l'écart trouvé dans les doses d'insuline entre le groupe II et le groupe III (insuline + Hyaluronidase + B.Z. 55) soit dû au hasard.

Et, enfin, il y a une chance sur 1.000.000.000 pour que l'écart entre les groupes I et III soit le fait du hasard.

L'économie moyenne d'insuline réalisée grâce à l'Hyaluronidase est de 26 % (soit environ 1/4).

L'économie réalisée grâce au B.Z. 55 par rapport aux cures avec Hyaluronidase est de 39 % (soit environ plus du 1/3).

Enfin, l'association Hyaluronidase et B.Z. 55 fait économiser 55 %, c'est-à-dire plus de la moitié de la dose d'insuline nécessaire pour obtenir régulièrement le coma, si elle était utilisée seule selon la méthode courante.

Les chiffres et les pourcentages que nous avons obtenus sont peut-être moins élevés que ceux qui ont été parfois publiés et que nous avons cités plus haut. Nous soulignons toutefois qu'ils ont le mérite d'être calculés d'une façon rigoureuse et d'avoir, grâce à l'élaboration statistique, une valeur générale.

3° *Etude des modifications qualitatives de la cure.*

Nous étudierons particulièrement les modifications que nous avons observées dans le comportement des malades avant, durant et après le coma, — dans le temps d'apparition du coma par rapport à l'injection d'insuline (ou temps de latence) —, et éventuellement dans les incidents et complications de la cure.

a) *Comportement des malades en cure.* — Nous avons relevé plus haut que plusieurs auteurs ont noté que, grâce à l'introduction du B.Z. 55, l'agitation et l'anxiété avant et après coma diminuaient.

Nous n'avons pour notre compte pas fait cette observation, mais nous devons signaler que nous pratiquons toujours une préparation psychologique soigneuse de la malade à la cure, que cette cure est entourée d'une ambiance psychothérapique aussi poussée que possible, et que ces facteurs psychothérapiques nous

permettent de réduire au minimum l'anxiété et par conséquent l'agitation des malades en cure (7).

Cette remarque nous donne l'occasion de souligner que *les facteurs d'ordre psychothérapique sont pour nous absolument essentiels dans la conduite et dans le succès des cures d'insuline.*

Néanmoins, il nous paraît fort possible que l'administration régulière du B.Z. 55 apporte un apaisement profond aux malades. Il faut en effet signaler que, tout récemment, un auteur anglais rapportait des résultats encourageants et l'utilisation isolée du B.Z. 55 comme thérapeutique des états dépressifs et anxieux (Frost, 1958).

Dans cette thérapeutique, le B.Z. 55 est utilisé pour ses effets neuroleptiques intrinsèques, puisque l'hypoglycémie qui pourrait résulter de son administration est soigneusement compensée par un régime glucidique adéquat (8).

b) *Temps d'apparition du coma* (temps de latence, injection, coma). — Nous avons signalé plus haut que, selon Voelkel, le temps d'apparition du coma après l'injection d'insuline — ou temps de latence — est abrégé par l'administration du B.Z. 55.

Le travail statistique qui a été fait sur les observations que nous avons pratiquées à ce sujet infirme une telle constatation.

En effet, les conclusions auxquelles nous aboutissons sont les suivantes :

1° *A l'intérieur du même groupe de malades* (groupe I : insuline seule ; groupe II : insuline + Hyaluronidase ; groupe III : insuline + Hyaluronidase + B.Z. 55), *le temps de latence augmente quand la dose d'insuline augmente.* Il y a donc, toutes choses égales d'ailleurs, une corrélation positive entre le temps de latence et la dose d'insuline injectée.

Cette corrélation s'est montrée particulièrement élevée pour les cures pratiquées avec les économiseurs d'insuline. Les va-

(7) Une preuve, parmi d'autres, que le comportement des malades en cure d'insuline dépend de la préparation psychologique : une jeune malade dont la cure de Sakel avait été entreprise sans que nous la préparions psychologiquement à cette cure a présenté une vive anxiété avec agitation durant les premiers pré-comas. Nous avons alors eu un long entretien avec elle, au cours duquel nous lui avons expliqué les états psychiques par lesquels l'hypoglycémie la faisait passer et l'avons rassurée en soulignant que nous-mêmes et les infirmières étions là pour la protéger, qu'elle ne risquait absolument rien, concluant qu'il était au contraire préférable qu'elle s'abandonnât avec confiance à la cure et au personnel soignant. Dès le lendemain, son traitement se déroulait dans le calme le plus complet.

(8) Nous avons pour notre compte repris cette technique thérapeutique, dont nous ferons connaître les résultats lorsque nous en aurons une expérience suffisante.

leurs de r, coefficient de corrélation entre la dose d'insuline et le temps de latence, sont en effet les suivantes :

pour le groupe I (insuline seule) : r = 0,28 ;
pour le groupe II (insuline + Hyaluronidase) : r = 0,39 ;
pour le groupe III (insuline + Hyaluronidase + B.Z. 55) : r = 0,62.

2° Contrairement à ce que laisserait prévoir la loi précédemment énoncée, *le temps de latence est notablement augmenté dans les cas où la cure est pratiquée avec un économiseur d'insuline.*

En effet, la valeur moyenne du temps de latence s'établit pour le groupe I à 2 h. 52, pour le groupe II à 3 h. 27 et pour le groupe III à 3 h. 24.

Par conséquent, à doses d'insuline égales, lorsqu'on utilise un économiseur d'insuline, le temps de latence augmente ; *alors que les diminutions aléatoires d'insuline sans intervention d'économiseur s'accompagnent d'une diminution du temps de latence, les diminutions dues aux économiseurs s'accompagnent au contraire d'une augmentation du temps de latence.*

c) *Incidents et complications. — Dans aucune des cures pratiquées avec les économiseurs d'insuline, nous n'avons observé d'incident ou de complication notable.* Sur 51 cures, il n'y a eu en particulier aucun coma prolongé. Dans deux cas seulement de coma obtenu avec Hyaluronidase et un coma obtenu avec Hyaluronidase et B.Z. 55, nous avons eu un réveil retardé : ce retard n'a pas dépassé trois heures ; il s'agissait de malades qui sont retombées dans un état semi-comateux après l'injection intraveineuse de sérum glucosé hypertonique ; dans tous ces cas, l'administration intraveineuse d'une nouvelle dose de sérum glucosé a entraîné le réveil complet.

On peut donc en conclure que l'utilisation des économiseurs d'insuline ne risque, en aucune façon, de favoriser l'apparition des complications du coma insulinique. Ces complications sont justement redoutées. Une communication récente à la Société médico-psychologique faisait état, sur une centaine de cures de Sakel, d'une proportion d'environ 15 % de comas prolongés vrais, dont 2 % avaient évolué vers la mort et plusieurs autres vers un état démentiel (Bouquerel et coll., 1958).

Dans nos groupes de cures de Sakel pratiquées avec économiseurs d'insuline, le pourcentage de coma prolongé vrai est *nul.* Pourtant, une notable proportion de malades traitées étaient

âgées de plus de 40 ans : 6 cas sur 32 dans le groupe II, 5 cas sur 19 dans le groupe III.

Doit-on attribuer cette innocuité à l'utilisation des économiseurs d'insuline ?

C'est ce que semble penser Voelkel. Pour notre part, nous ne saurions donner à cette question une réponse définitivement affirmative. En effet, dans le groupe des malades traitées à l'insuline seule (41 cas), nous avons enregistré, tout au début de notre pratique, un seul coma prolongé qui fut réduit sans séquelle. Il faut en tout cas attribuer une importance certaine au parfait entraînement de l'équipe soignante chargée dans notre service des cures de Sakel et aux soins rigoureux avec lesquels ces cures sont suivies. C'est essentiellement à de telles conditions que la cure de Sakel doit à la fois son innocuité et son éventuelle efficacité (9).

Chez une seule malade, nous avons été amenés à suspendre l'administration du B.Z. 55. Il s'agissait d'une malade qui avait déjà reçu, hors de notre service, deux précédentes cures d'insuline. Dans les jours qui suivirent l'introduction du B.Z. 55, ses réveils furent retardés et difficiles. Sans être sûrs que le Glucidoral en était la cause, et par précaution, nous poursuivîmes la cure avec l'Hyaluronidase comme seul économiseur.

Signalons, en outre, que, dans un cas du groupe III, nous avons observé, en cours de cure, un état de dépersonnalisation qui dura plus d'une semaine ; nous ne sommes pas sûrs que le B.Z. 55 en fût la cause ; de toute façon, cette phase de dépersonnalisation fut suivie d'une réelle et notable amélioration de l'état mental.

On peut se demander dans quelle mesure une hypoglycémie modérée, mais permanente, provoquée par l'administration régulière du Carbutamide, est susceptible de jouer un rôle dans la facilitation du coma insulinique et éventuellement dans un état de dépersonnalisation comme celui que nous venons de signaler.

Pour répondre à cette question, nous avons effectué des dosages de la glycémie avant et en cours de cure au B.Z. 55. Ces résultats se trouvent consignés dans le tableau 4. Il apparaît d'emblée que le B.Z. 55 ne détermine pas une chute de la glycémie très sensible. Les

(9) Soulignons en particulier que la même surveillante de pavillon s'occupe des cures d'insuline depuis de nombreuses années, que ces cures sont toujours suivies de près par les internes et le chef de service et qu'enfin nous nous sommes organisés pour éviter les changements habituels de l'infirmière chargée de ces cures afin d'assurer auprès des malades la permanence d'une infirmière à la fois compétente, sécurisante et maternelle.

calculs statistiques effectués montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre l'ensemble des glycémies avant cure et celui des glycémies pratiquées 15 jours après le début de la cure et sous B.Z. 55. Il est même tout à fait remarquable de constater que certaines glycémies s'élèvent au bout d'un laps de temps plus ou moins long durant l'administration du B.Z. 55. Toutefois, cette élévation a été mesurée dans un nombre de cas insuffisant pour qu'elle puisse constituer une base statistique valable.

Néanmoins, le seul fait que le coma insulinique soit facilité par le B.Z. 55, alors même que la glycémie n'est pas abaissée d'une façon statistiquement significative, est par lui-même troublant (10).

De plus amples recherches semblent nécessaires pour confirmer et élucider cette observation.

IV. — Conclusions

Il n'était pas question dans ce travail de discuter de la valeur thérapeutique et du mécanisme d'action de la cure d'insuline.

Bien que le service de psychiatrie, dirigé par l'un de nous, ait une orientation psychothérapique et sociothérapique, nous avons continué de pratiquer d'une façon modérée la cure de Sakel. Nous en avons obtenu des résultats qui ne sont point négligeables. Plus qu'à une hypothétique action biologique directe sur la cellule nerveuse, nous attribuons les effets thérapeutiques de la cure de Sakel à deux ordres de facteurs psychologiques déterminés et favorisés par cette cure :

d'une part, aux états psychiques déterminés par l'hypoglycémie insulinique, états qui sont hautement utilisables du point de vue psychothérapique,

et, d'autre part, à la situation bien connue de dépendance et de maternage que la cure d'insuline détermine presque inévitablement entre la malade et l'infirmière, et qu'elle permet à l'une et à l'autre d'accepter sans peine.

A ce double titre, la cure d'insuline constitue un utile point d'appel et de départ d'une action psychothérapique.

Notre travail porte sur l'utilisation de l'Hyaluronidase et surtout du B.Z. 55 comme économiseurs d'insuline.

La comparaison clinique et statistique de 41 cures pratiquées avec insuline seule (groupe I), de 32 cures pratiquées avec Hya-

(10) C'est un fait troublant mais qui n'est pas invraisemblable. L'administration du B.Z. 55 détermine une baisse de la glycémie suivie parfois de sa réascension au-dessus du chiffre initial. C'est en particulier ce qui résulte des travaux de Frost.

luronidase (groupe II) et de 19 cures pratiquées avec Hyaluronidase et B.Z. 55 (groupe III), a mis en évidence les principaux faits suivants :

1° *L'Hyaluronidase seule permet d'effectuer une économie d'insuline qui est réelle et statistiquement significative et dont le pourcentage s'établit à 26 %.*

2° *L'addition du B.Z. 55 permet de réaliser une nouvelle et importante économie d'insuline. L'économie totale obtenue par l'association de l'Hyaluronidase et de l'hypoglycémiant de synthèse* (11) *s'élève dans notre série de cas à la proportion de 55 %.*

3° *Ni l'Hyaluronidase, ni le Carbutamide ne déterminent d'incident et de complication dans la cure d'insuline. Nous n'avons pour notre part et pour plus de 50 cures pratiquées à l'aide de ces économiseurs constaté aucun coma prolongé.*

4° *Nous n'avons pas observé que le B.Z. 55 apaisât notablement les malades avant, durant et après le coma, pour la simple raison que la préparation et l'ambiance psychothérapique nous ont toujours permis de limiter ces incidents au minimum.*

5° *Il est toutefois vraisemblable et probable que le B.Z. 55 permet d'effectuer les cures d'insuline avec le maximum de « confort » tant pour le malade que pour l'équipe soignante. Il est incontestablement très satisfaisant de pouvoir conduire les cures de Sakel avec des doses d'insuline aussi faibles que celles que permet l'association de l'Hyaluronidase et du B.Z. 55 (doses comatogènes moyennes d'environ 50 unités).*

6° *Malgré les prévisions qu'on pourrait faire, nous n'avons pas vérifié que l'administration du B.Z. 55 diminuât d'une façon statistiquement significative le taux moyen de la glycémie à jeun.*

L'analyse statistique montre qu'à l'intérieur du même groupe de malades, toutes choses égales d'ailleurs, il existe une corrélation positive entre le temps de latence du coma et la dose d'insuline injectée. Cette corrélation est particulièrement positive dans le groupe traité avec Hyaluronidase et B.Z. 55.

Par contre, et contrairement aux constatations de Voelkel, l'étude statistique prouve que le temps de latence est notablement augmenté par l'introduction d'un économiseur d'insuline (à dose d'insuline égale) ; alors que les diminutions aléatoires d'insuline sans intervention d'économiseur s'accompagnent d'une

(11) A la dose de un gramme par jour.

diminution du temps de latence, les diminutions dues aux économiseurs s'accompagnent au contraire d'une augmentation du temps de latence du coma.

8° *Enfin, l'étude statistique montre encore que l'introduction des économiseurs d'insuline n'apporte pas d'irrégularité particulière dans l'obtention du coma en cours de cure.*

Nous ne pouvons dire si l'utilisation des économiseurs d'insuline, et en particulier du B.Z. 55, améliore les résultats de la cure d'insuline ; une telle appréciation, qui n'entrait pas dans le projet de notre travail, est d'autant plus malaisée que de très importants facteurs interpersonnels et psychothérapiques entrent en jeu dans la cure d'insuline, et sont difficilement pondérables.

Il n'en reste pas moins que *l'association de l'Hyaluronidase et du B.Z. 55 apporte un notable progrès dans la pratique des cures d'insuline.* Elle semble en favoriser l'innocuité. Or, l'innocuité est, selon nous, le premier mérite et la condition même d'une thérapeutique.

Et, pour notre part, nous ne conduisons plus aucune cure d'insuline sans utiliser l'Hyaluronidase et le B.Z. 55.

TABLEAUX

Nous présentons ci-dessous les tableaux récapitulatifs des cures pratiquées avec Hyaluronidase (groupe II) et des cures pratiquées avec Hyaluronidase et B.Z. 55 (groupe III).

Nous n'avons pas cru bon de reproduire le tableau des cures pratiquées avec l'insuline seule (groupe I).

Dans ces deux tableaux, le classement clinique répond aux critères empiriques que nous avons définis plus haut. La dose d'insuline moyenne est calculée sans tenir compte des doses utilisées pour les tout premiers comas. Les variations dans la dose d'insuline sont, de même, celles qui surviennent en cours et non pas tout au début des cures ; le signe 0 indique que la dose utilisée est restée constante ; le signe — indique qu'elle a pu être abaissée ; le signe + qu'elle a dû être augmentée, et le signe ± qu'elle a oscillé entre les doses extrêmes qui sont indiquées entre parenthèses.

TABLEAU 1

Cures à l'insuline + Hyaluronidase (32 cas, groupe II)

NOM ABRÉGÉ	ANNÉE DE CURE (1)	AGE	CLASSEMENT CLINIQUE	POIDS INITIAL	NOMBRE DE COMAS	DOSE D'INSULINE MOYENNE	VARIATIONS DANS LA DOSE D'INSULINE	TEMPS DE LATENCE MOYEN	RÉVEIL RETARDÉ	EXISTENCE DE CURES ANTÉRIEURES
Le.....	1955	32	2	61	46	*140*	0	4 h.	0	0
Et.. ..	1957	28	2	64	43	*130*	0	3 h. 45	0	0
Re....	1955	20	1	63,5	22	*125*	±	3 h. 20	0	0
Ch.....	1957	40	1	73,5	44	*125*	—	3 h. 40	0	0
Mo....	1955	32	2	58	28	*124*	—	4 h. 15	0	0
Vi.. ..	55-56	35	1	69	45	*110*	—	2 h. 45	0	0
Sa.....	1955	?	1	?	44	*112*	—	3 h. 40	0	0
Mo....	1955	34	2	54	40	*110*	0	3 h. 45	0	0
Le.....	1956	24	1	47	40	*105*	— (120 - 90)	3 h.05	0	0
Be.....	1957	26	1	56	48	*100*	0	3 h. 20	0	0
Em....	1955	34	2	58	28	*100*	0	3 h. 25	0	0
Bl.....	1956	36	2	55	57	*100*	0	3 h. 30	0	0
Kr.....	1956	36	2	70	62	*100*	0	3 h. 15	0	0
Ve.....	1957	35	1	45	54	*80*	0	3 h. 20	0	0
Ho.....	1955	22	3	54	39	*80*	0	3 h. 55	0	0
Ch.....	1956	32	3	60	52	*80*	0	3 h. 30	0	+
Fa.....	1956	41	2	56	25	*84*	±	3 h. 45	0	0
Mi.....	55-56	26	2	70	54	*86*	+ (40 - 90)	3. h 20	0	0
D. A..	56-57	20	2	54,5	45	*80*	0	3 h. 25	0	0
Me.....	55-56	55	2	50	55	*80*	0	3 h. 25	0	0
To.....	1955	31	2	53	60	*80*	0	3 h. 25	0	0
Pi.....	1955	46	1	58	55	*70*	0	2 h. 50	0	0
Hu	56-57	45	3	38,5	22	*70*	+	3 h. 10	0	+
Vi.....	1956	24	2	55	40	*70*	0	3 h. 25	0	0
Pr.....	1955	32	2	?	53	*77*	+	3 h. 10	+	0
Ca.....	1954	22	2	59	30	*78*	—	2 h. 40	0	0
Gu	55-56	27	2	50	40	*66*	—	3 h.	0	0
Vo.....	56-57	31	2	53	40	*60*	0	3 h 30	0	0
De.....	1957	35	1	59	60	*50*	0	2 h. 50	0	0
Bo.....	1956	28	2	42	44	*55*	±	3 h. 20	+	0
Ro.....	1955	46	2	52,5	16	*50*	0	3 h. 30	0	0
Bo... .	1956	22	2	50	56	*47*	—	3 h. 40	0	0
Moyennes.		30,65		51,11		*88,25*		3 h. 27		

TABLEAU 2

Cures à l'insuline + Hyaluronidase + B.Z. 55 (19 cas, groupe III)

NOM ABRÉGÉ	ANNÉE DE CURE (1)	AGE	CLASSEMENT CLINIQUE	POIDS INITIAL	NOMBRE DE COMAS	DOSE D'INSULINE MOYENNE	VARIATIONS DANS LA DOSE D'INSULINE	TEMPS DE LATENCE MOYEN	RÉVEIL RETARDÉ	EXISTENCE DE CURES ANTÉRIEURES
Ve.....	1957	30	2	43	41	*50*	0	3 h.	0	0
Ca.....	»	49	1	46,5	40	*40*	— (50 - 30)	2 h. 20	0	0
Fa.....	»	42	1	45	30	*30*	0	2 h. 50	0	0
Le.....	»	25	1	47	49	*55*	— (60 - 50)	3 h. 05	0	0
Kr.....	»	23	2	56	27	*50*	0	3 h. 30	0	0
Ba.....	»	25	3	?	54	*95*	± (110 - 75)	4 h.	0	+
Br.....	»	17	1	56	38	*47*	+	3 h. 30	0	0
Vi.....	»	25	2	57	40	*50*	0	3 h. 50	0	+ (130)
Bi.....	»	45	2	47,5	48	*30*	0	3 h. 20	0	0
Qu.....	»	29	2	48,5	40	*30*	0	3 h. 30	0	0
Bl.....	»	46	2	62	40	*55*	0	3 h 35	0	0
Le.....	»	31	1	49	43	*60*	0	2 h. 50	0	0
Dr.....	57-58	18	1	55	51	*110*	± (120 - 70)	4 h. 20	0	+
Bi.....	»	30	1	55	50	*64*	+ (40 - 70)	3 h. 30	0	0
La.....	»	35	2	74	47	*66*	—	3 h. 25	0	0
Du.....	»	38	2	41	48	*22*	+ (30 - 15)	3 h. 15	0	0
Ge.....	»	35	2	65	53	*66*	—	3 h. 40	0	+
Sc.....	1958	37	2	48	11	*43*	— (55 - 30)	3 h.	0	0
Du.....	»	58	2	57	21	*53*	— (70 - 40)	3 h. 30	0	0
Moyennes.		32,10		54,53		*53,57*		3 h 24		

(1) L'ordre des cures correspond à leur ordre chronologique.

TABLEAU 3

Histogrammes des effectifs pour les différentes doses d'insuline

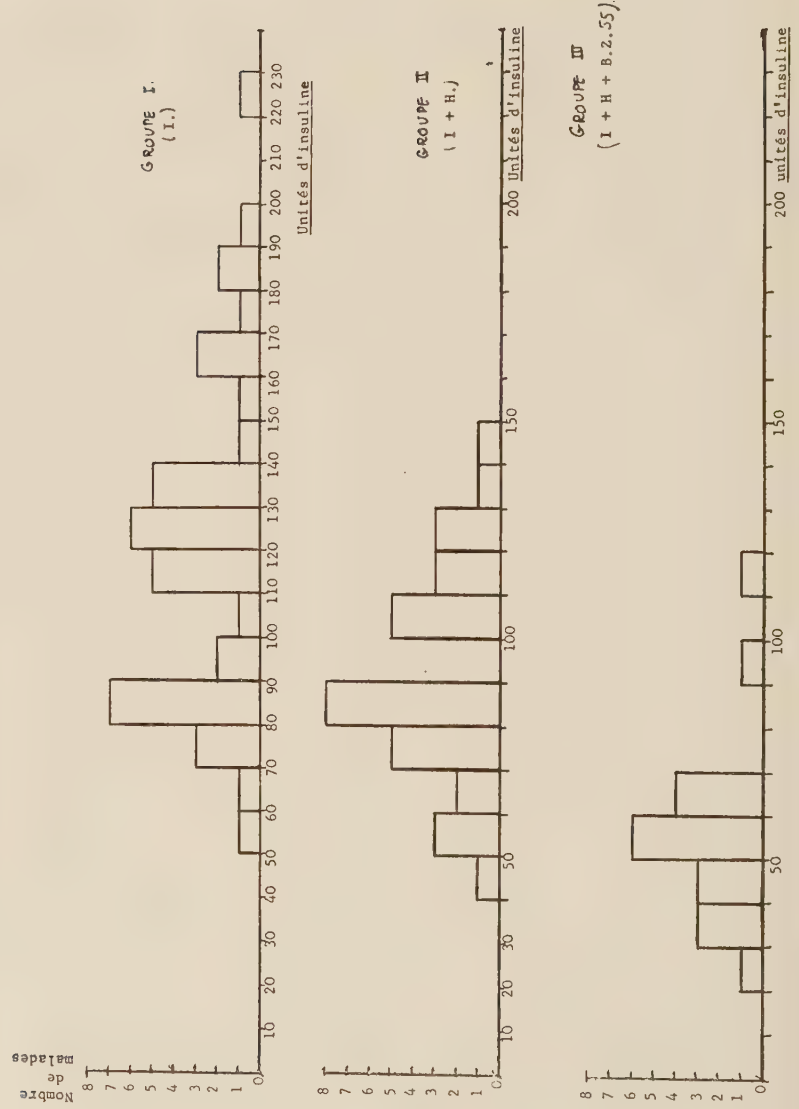

Tableau 4

Chiffres de glycémie à jeun chez 10 malades en cure d'insuline avec B.Z. 55

		Avant cure	Durant la cure et sous B.Z. 55		
			15 jours après le début de la cure	1 mois après le début de la cure	2 mois après le début de la cure
N° 1	(Ge)	0,88	0,59	1,25	1,04
N° 2	(Ca)	1,23	0,85		
N° 3	(La)	0,81	0,97	0,97	
N° 4	(Bi)	0,80	0,75	1,00	1,12
N° 5	(Bo)	0.94	1,51	0,74	1,21
N° 6	(Sc)	1,09	0,74		
N° 7	(Du)	0,77	0,93	0,72	
N° 8	(La)	0,80	1,04		
N° 9	(St)	0,76	1,08	0,87	
N° 10	(Pe)	0,76	0,79	0,77	

BIBLIOGRAPHIE

Azérad (E.). — Essai de traitement du diabète sucré de l'adulte par des hypoglycémiants de la série sulfamides théodiazols. *Bulletin Société médicale des hôpitaux de Paris,* 4 mai 1956, 72, 424.

Bertram (F. Pr.), Bendtfeld, Otto (H.). — Sur un antidiabétique administré par voie buccale : le B.Z. 55. *Viener Medizinische Wochenschrift,* 7 octobre 1955.

Blandin, Guillon et Racine (Y.). — Notes préliminaires concernant l'association de l'hyaluronidase à l'insuline, dans la cure de Sakel. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française,* Pau, juillet 1953.

Boulin (R.). — Essai de traitement du diabète sucré par le B.Z. 55. *La presse médicale,* 7 avril 1956, n° 28.

Bouquerel. — Sur les complications de la cure de Sakel. *Comm. Société médico-psychologique,* 19 mai 1958. *Annales médico-psychologiques,* 1958, n° 6.

Demay, Misès, Bories et Chanois. — Association de l'hyaluronidase à l'insuline dans la cure de Sakel. *Annales médico-psychologiques,* t. II, n° 3, octobre 1953.

Deuil (R.). — Le traitement du diabète sucré par les sulfamides hypoglycémiants. *Revue du praticien,* 21 décembre 1956, 6, n° 33.

Donadieu, Collier et Lacaton. — Technique de réduction des doses d'insuline dans les cures de Sakel. *La presse médicale,* 1951, 59, n° 49.

Frost. — B.Z. 55 et schizophrénie. *Brit. Med. Journ.,* 15 février 1958, 50-67, 381.

Guillon (A.). — L'hyaluronidase, son association à l'insuline dans la cure de Sakel. *Thèse,* Paris, 1954.

Loustau, Chartrez (M.), Vasseur (B.). — Les sulfamides hypoglycémiants chez les tuberculeux diabétiques. *La presse médicale,* 7 juin 1958, 66, n° 45, 1022.

Ravina (A.). — Essais cliniques du B.Z. 55. *La presse médicale,* 7 avril 1956.

Rondepierre (J.), Hyvert (P.), Henne (M.), Marty (R.), Haim (A.), Jay (M.). — Avantages de l'hyaluronidase dans la cure de Sakel, résultats cliniques préliminaires. *Annales médico-psychologiques,* 1953, t. II, n° 5, décembre.

Sacerdoti (G.). — Alcune considerazioni sull'azione facilitante della jalluronidasi nel coma insulinico. *Rass. Stu. Psych.,* 1951, 40, 299.

Vallade (L.), Hugonenq (H.), Jude (J.-P.). — Essais de réalisations de comas hypoglycémiques par l'association insuline-glucidoral. *Annales médico-psychologiques,* 115, t. I, n° 2, février 1957.

Voelkel (A.). — B.Z. 55 et insuline dans le traitement des psychoses. *Klinische Wochenschrift,* 15 février 1956.

PSYCHOGENIE DE L'ALCOOLISME ET ATTITUDE PSYCHOTHERAPIQUE

PAR

J. CARRERE (Fleury-les-Aubrais)

Le contact d'un nombre toujours croissant d'alcooliques de toutes origines sociales et de présentation diverse n'a pas été sans provoquer chez moi un certain nombre de constatations cliniques, de décisions thérapeutiques, de conduites psychiatriques partiellement guidées, soit par un empirisme médical, soit par des spéculations plus ou moins imaginatives au départ, le tout concourant à une attitude médicale relativement originale, dont l'exposé, après le traitement d'environ un millier d'alcooliques, me semble susceptible d'intérêt si on veut bien le considérer comme l'accomplissement d'une quête personnelle. Les résultats de cette recherche doivent peu aux illustres prédécesseurs en la matière et aux brillants spécialistes de la question ; cet essai ne vise qu'à présenter, en dehors de toute passion partisane, un bilan de sept années de traitement antialcoolique, et les réflexions qu'elles ont fait naître.

L'évolution de la morbidité alcoolique se stabilise à un niveau relativement élevé, mais susceptible d'une régression prochaine, si l'on se réfère à un certain nombre d'études envisageant la question sur une longue période.

Les facteurs de l'accroissement de l'alcoolisme sont multiples et divers, mais nous ont semblé pouvoir se rapporter dans la majorité des cas à une inadaptation de l'homme à des conditions de vie ressenties par lui, consciemment ou pas, comme oppressantes. « L'inquiétude naturelle à l'homme », son sentiment d'insécurité, lui ont fait juger, de tout temps, sa situation comme particulièrement misérable, et l'ont incité à rechercher une éva-

sion propre à lui faire oublier sa condition. Pour beaucoup, l'évasion revêt une forme que nous qualifierons de normale, et dans laquelle nous grouperons, sans vouloir approfondir, les activités politiques, artistiques, sportives, etc..., bien tolérées du sujet dans l'ensemble, parce que correspondant plus ou moins à ses tendances profondes. D'autres, moins bien armés sans doute, chercheront l'évasion dans les diverses toxicomanies, vieilles comme le monde. Depuis les lotophages jusqu'à notre buveur d'anis, moins poétique que son père, le buveur d'absinthe, certains ont cherché à noyer leur inquiétude au creux d'une pipe ou au fond d'un verre. Pour d'autres, enfin, le suicide paraît la solution du problème, et le stade ultime de l'évasion pathologique.

On conçoit ainsi aisément que l'alcoolisme ait pu être considéré par certains comme une forme lente et inconsciente de suicide. Le problème thérapeutique pourrait donc consister à substituer à l'évasion pathologique une évasion normale, et c'est ce que nous nous efforçons tous de faire, avec des succès divers et des difficultés considérables, puisque le toxicomane cherche consciemment ou pas à oublier sa condition misérable.

Une telle transposition de conduites ne peut se faire sans l'adhésion totale du sujet, et se heurte à de multiples obstacles, dont les moindres ne sont pas le prosélytisme de l'entourage habituel, les facilités relatives de la rechute, la propagande, les difficultés sociales. Faire admettre au malade que son genre de vie n'est pas une solution à ses divers problèmes, qu'il a mieux à faire, exige une attitude de compréhension, attitude possible si l'on se place dans l'optique envisagée ci-dessus. Cette compréhension entraîne l'adhésion et souvent une certaine forme de transfert du malade, si, à l'occasion des diverses difficultés inhérentes à sa toxicomanie, on peut lui rendre évidente la nécessité d'un changement (se reporter à notre article : « Psychothérapie et évidence ») (1). Nous pouvons alors l'orienter vers la forme la plus adaptée à son état physique. Le sevrage, l'abstinence ne représentent qu'une étape ; la post-cure, on le conçoit aisément en raison de notre conception de la toxicomanie, n'est valable que si une forme quelconque d'évasion, non pathologique, est acceptée par le malade. On peut nous objecter que la distinction entre évasion pathologique et évasion normale est difficile, mais, sur le plan médical, toute attitude dommageable à l'individu ou à la société peut être considérée comme pathologique.

Il est des cas où, grâce à la psychothérapie par le film (2), ce contact s'avère plus facile et plus efficace. Ce sont les états aigus et subaigus de l'éthylisme chronique dont on connaît les caractères principaux et les diverses modalités d'apparition et d'expression clinique. Le film de la période aiguë permet peut-être de mieux en saisir le mécanisme psychologique. Nous avons pu noter, après bien d'autres, qu'en crise subaiguë, le comportement traduisait les soucis habituels du malade : le plâtrier construit un mur imaginaire ; le laboureur mène et commande ses bœufs ; l'inquiétude conjugale ou paternelle reparaît ; le fils invoque les mânes de son père (film projeté au Congrès de Bordeaux) ; un autre est poussé vers un travail imaginaire par une terreur panique : « il faut partir, il faut aller, le temps manque ». Il nous a paru qu'un certain nombre de symptômes si souvent rencontrés pouvaient être rapportés à une traduction morbide, évidemment inconsciente, de l'inquiétude et du sentiment d'insécurité constitutionnels de l'homme. Les hallucinations terrifiantes en montrent le caractère exacerbé dans la crise anxieuse qu'elles provoquent souvent.

Pour aborder maintenant la question plus étroitement thérapeutique, nous dirons que si le traitement d'urgence des états aigus et subaigus de l'alcoolisme pose un problème fort discuté (3), la psychothérapie de ces états m'a paru facilement réalisable par le film du comportement morbide du sujet, car il permet de traiter ces malades avec leur adhésion ou tout au moins permet de leur faire admettre, *a posteriori*, l'utilité de leur hospitalisation et de la cure consécutive (cf. publication au Congrès de Bordeaux).

Depuis 1954, nous avons traité environ 65 malades en état subaigu par cette forme de psychothérapie avec les résultats suivants :

29 abstinents,
9 améliorations importantes,
24 rechutes,
3 malades perdus de vue,

soit un peu plus de 50 % de résultats valables. Il y a lieu cependant de considérer ce chiffre comme un peu trop élevé, en raison du manque d'éloignement des cas les plus récents, bien que, dans l'ensemble, la rechute apparaisse souvent dans les premiers mois, souvent coupée de repentirs et de périodes d'abstinence.

Sur nos 29 guérisons, 18 relèvent du seul traitement par le film, sans autre méthode de déconditionnement (apomorphine

ou espéral), soit que l'état physique du sujet ait contre-indiqué toute autre cure, soit que nous ayons voulu déterminer la valeur exacte de la méthode. Nous rappellerons le cas de l'alcoolique guéri au cours de son deuxième delirium tremens, par le seul film, alors que la première fois il avait eu une cure normale (apomorphine et antabus).

Dans le tableau ci-joint, nous avons rassemblé ces résultats en insistant surtout sur les facteurs métier, milieu et les diverses cures suivies. Nous avons volontairement omis la description de l'état aigu ou subaigu lui-même, qui a revêtu suivant les cas des gravités variables. La thérapeutique en a été assez simple : c'est celle que nous avons déjà définie (3).

La majorité des rechutes tient bien souvent à un très mauvais milieu de réinsertion sociale à la sortie : ce sont en particulier soit des ouvriers de chantiers, où il existe un entraînement considérable, soit des ouvriers agricoles sans domicile fixe (travailleurs saisonniers). Par contre, dans deux cas, la présence, au foyer, d'un élément alcoolique n'a pas toujours été une cause de rechute. Dans un cas, la mère alcoolique s'étonne de la sobriété persistante de son fils ; dans d'autres cas, l'épouse alcoolique a fait l'objet de plusieurs placements qui ont permis au mari déjà traité d'assurer progressivement sa propre abstinence.

Dans une communication récente (4), j'ai tenté d'évaluer les facteurs émotifs déclenchés par la psychocinématographie. Bien qu'on ne puisse généraliser d'une expérience aussi limitée, le psychochoc cinématographique semble moins traumatisant pour le sujet que certaines bandes d'actualité, si l'on se réfère à l'enregistrement polygraphique. Il est peut-être toutefois prudent de ne pratiquer le psychochoc cinématographique qu'après un examen critique préliminaire du film ; j'ai été ainsi amené à ne pas le présenter dans trois cas, estimant les images trop traumatisantes. Dans les autres cas, il peut être prudent de détourner l'attention lors de quelques images un peu trop pénibles. Jusqu'à ce jour, je n'ai eu à déplorer aucun accident attribuable à cette technique. Je ne puis en dire autant des autres cures de déconditionnement pratiquées chez des alcooliques chroniques non atteints de delirium tremens. Ces cures ayant été bien supportées, la post-cure, quelques semaines après la sortie, et le malade demeurant strictement abstinent, s'est terminée, dans trois cas, par un suicide. Y aurait-il donc des alcoolismes à respecter ? Une statistique récente, extraite d'une analyse de la

thèse d'une élève du Dr Sivadon, sur le suicide des alcooliques, signale, sans préciser, six cas analogues apparemment.

Le suicide des anciens alcooliques devenus abstinents, pour être rare, n'en pose pas moins un problème, celui d'une adaptation à un nouveau style de vie pour lequel nous sommes souvent matériellement mal armés.

La connaissance des divers facteurs d'environnement lors de la réinsertion demeure souvent incomplète. Beaucoup d'alcooliques sont des hommes seuls, que la cure sépare d'un groupe amical et joyeux, sans permettre d'assurer la chaleur affective nécessaire à chaque homme. Dans les villes, la création de groupes d'anciens buveurs guéris peut apporter dans certains cas une aide efficace. Mais, en milieu agricole, l'isolement de l'ancien malade est plus durement ressenti par lui. Il se retrouve seul avec son inquiétude, et n'est pas capable de trouver l'évasion normale susceptible de le fixer.

L'alcoolisme nous apparaît ainsi un mal bien difficile à traiter en une époque aussi anxiogène que la nôtre, où une bonne part de l'humanité hésite entre toxicomanies et tranquillisants.

CAS	DATE D'ENTRÉE	MÉTIER	CARACTÉRISTIQUES RETENUES	TRAITEMENT			ASSISTANCE A LA SORTIE	RÉSULTATS
				film	Apo.	Esp.		bon + rechute — amélior. A
1. 39 ans	1-5-54	cultivateur à son compte.	D.T. 3 jours. Angine récente.	+	+	+	Bon entourage familial.	+
2. 42 ans	4-5-54	prisonnier 5 ans, terrassier: « On ne peut faire de la terrasse sans vin. »	D.T. 4 jours, 4 l. de vin par jour. Pneumonie du sommet droit + crise de R.A.A.	+	+	+	Assez médiocre. Service social, femme peu compréhensive, soigne son mari à la quintonine.	—
3. 42 ans	2-8-54 rechute 6-8-55	femme garde-barrière.	D.T. 2 jours. Pneumopathie, 4 à 5 l. de vin rouge par jour depuis 10 ans! Crises comitiales depuis 3 ans ± rapprochées.	+	*En 1954* + *En 1955* re-psychochoc	+ +	Médiocre. Phase dépressive après la sortie, rumine image du film. Etat général mauvais, puis récupération bonne.	— en 1955. + depuis s'est séparé de sa femme et a changé de milieu.
4. 32 ans	17-9-54	vigneron.	D.T. 7 jours, dont 4 à son domicile, 2 à 3 l. par jour.	+			Bonne, mais conjoint non convaincu de l'éthyle. Peu désireux d'être suivi en post-cure.	+ — Abstinent jusqu'à mai 57. Consommerait, depuis, un peu de vin.
5. 52 ans	15-10-54	terrassier.	D.T.	+ retardé	+	+	Conjoint compréhensif. Commportement amélioré après la vue du film, psychochoc conjugal.	A assez bonne, a toujours consommé peu de vin, ne dépasserait pas 1 l. ; pas de signe d'éthyle chronique.

6. 54 ans	24-10-54	travail.	D.T. Grippe. Ethyle depuis 24 ans.	+		+	Ancien officier réformé pour éthyle (veilleur de nuit), conjoint compréhensif.	+ Abstinent total depuis 1954.
7. 43 ans	4-11-54	ouvrier agricole.	D.T., ancien tuberculeux pulmonaire, lobectomie, apparu dans le service, 4 j.	+			Travaille dans une ferme, boit modérément jusqu'en 1957. Depuis, est un peu ivre le dimanche soir.	A légère.
8. 44 ans	24-1-55	charbonnier.	D.T., 4 à 5 l. Ouvrier charbonnier. Urée : 0,65.	+	+	+	Sobre, loge cependant dans un bar.	+ Abstinent.
9. 41 ans	23-2-55 12-12-56	cafetier-restaurateur.	Sub-delirium. Crises convulsives depuis 1951. Rechute.	+ re-psychochoc	+ espacée sur 2 mois		Retrouve la même ambiance. *id.*	— Comportement meilleur, boit moins, mais encore trop.
10. 47 ans	4-5-55	rotativiste.	D.T. 2 jours.	+	+	+	Femme assez castratrice. Psychochoc conjugal, travaille avec son mari, à eux 2, 105.000 F. par mois, pas d'enfant.	+ Abstinent.
11. 47 ans	28-4-55	facteur.	D.T. 3 jours.	+				+ Abstinent complet au 11-10-57.

CAS	DATE D'ENTRÉE	MÉTIER	CARACTÉRISTIQUES RETENUES	TRAITEMENT			ASSISTANCE A LA SORTIE	RÉSULTATS
				Film	Apo.	Esp.		bon + rechute — amélior. A
12. 44 ans	23-1-53	agriculteur et vigneron à son compte.	D.T. et crises convulsives. Grippe.		+	+	Bon entourage familial. Gros travailleur.	—
	12-5-55		D.T. rechute.	+				après 1er traitement + après psychochoc, maintenue à ce jour.
13. 53 ans	30-5-55	ouvrier S.N.C.F.	Catalogué éthylique dès 1943.	+			Cesse la consommation du vin. Boit un peu de bière jusqu'en juin 56. Depuis 57 boit un peu de vin. Bon état général.	A
14. 47 ans	20-6-55	employé P.T.T.	D.T. 5 jours.	+			Femme avare et geignarde. Changement de logement.	+
	14-5-56		Rechute.	+	+	+		depuis 8-8-56 ; dosage alcool dans le sang négatif.
15. 34 ans	23-6-55	boucher.	D.T. 3 jours. Conserve le souvenir de l'activité onirique.	+				—
16. 59 ans	22 6-55	couvreur.	2e entrée après 1er séjour.	+			Grosses difficultés conjugales. Femme alcoolique, accidents à répétition. S'améliore depuis les hospitalisations répétées de sa femme.	A + Forte propension à l'abstinence.

17. 36 ans	9-7-55	chef de train S.N.C.F.		+			Femme éthyle. Boit un peu de vin.	A +
18. 36 ans	13-7-55	entrepreneur de maçonnerie.	Pneumopathie.	+			Conjoint compréhensif.	Après une période d'abstinence et de rechute, depuis changement milieu et travail +.
19. 28 ans	26-7-55	puisatier.	Ethylisme chronique avec comitialité, abcès gastrique.	+		+	Fréquentait un groupe d'ivrognes.	Abstinent 2 mois, puis tuberculose pulmonaire et sana. Rechute sérieuse.
20. 47 ans	7-8-55	manœuvre.	Comitialité.	+ re-psychochoc			Vit avec un aveugle alcoolique.	—
21. 51 ans	1-9-55	employé S.N.C.F.		+			Ancien prisonnier, retour difficile (foyer disloqué).	—
22.	6-9-55	chauffeur P.T.T.	Avoue 2 à 5 l. par jour.	+			Buvait par entraînement. Demeure sobre. Bonne entente conjugale.	+
23.	28-9-55	cultivateur.	3e entrée. Filmé lors de la 2e.	+			Difficultés conjugales et matérielles. Semble actuellement plus sobre.	+ —
24.	11-10-55	manœuvre.		+			Rechute rapide.	—
25.	6-10-55	peintre.		+			Difficultés conjugales, en instance de divorce.	—
26.	15-10-55	ouvrier agricole.		+			Sans domicile fixe, perdu de vue.	?

CAS	DATE D'ENTRÉE	MÉTIER	CARACTÉRISTIQUES RETENUES	TRAITEMENT			ASSISTANCE A LA SORTIE	RÉSULTATS
				Film	Apo.	Esp.		bon + rechute — amélior. A
27.	28-10-55	vigneron.		+			Sobre, voire abstinent, très surveillé par sa belle-fille.	+
28.	29-10-55	serrurier.		+			Mère alcoolique.	+
29.	15-10-55	manœuvre.		+			Très sobre. Bonne entente conjugale. Ethyle par entraînement.	+
30.	31-10-55	mécanicien-électricien.		+			Décédé accidentellement quelques mois après la sortie. Etait en rechute.	—
31.	5-12-55	ouvrier agricole.		+			Perdu de vue après une période d'abstinence.	?
32.	31-12-55	maçon.		+			Bien entouré. Sobriété réelle.	+
33.	12-1-56	conducteur de travaux de voies navigables.		+			boit modérément. Très entouré familialement.	+ Sobre après une rechute
34.	31-1-56	électricien S.N.C.F.	Entraînement du milieu.	+			Tentation au travail. Brève rechute, depuis, sobre, bien entouré familialement.	+ Sobre mais non abstinent. 0,5 l. par jour.

35.	20-1-56	manœuvre.	Etat général mauvais.	+			Rechute rapide.	—
36.	21-2-56	ouvrier agricole, femme bistro.	Etat général mauvais.	+			Rechute qu'il modère de temps à autre.	+ — A Rechute limitée.
37.	9-3-56	aide-fontainier.	Etat général mauvais.	+			Rechute rapide après quelques efforts. Entraînement au travail.	—
38.	9-4-56	chauffeur-livreur.	D.T. Urée : 1 gr. Etat général médiocre.	+			Sobre, boit modérément. Bonne entente au foyer.	+ Sobre.
39.		horticulteur près d'un cimetière.	Rechutes multiples. 7 entrées.	+			Alcoolisme par entraînement. Difficultés familiales. Bagarre avec le fils lui-même éthyle.	—
40.	9-5-56	manœuvre.		+			Habite au « bistro ». Rechute rapide.	—
41.	16-5-56	manœuvre.	Rechute et nouveau plac. le 11-10-57.	+			Amélioration passagère, entraînement du chantier.	—
42.	19-5-56	chauffeur sur machines à vapeur.		+		+	Rechute limitée.	441 mg. d'alcool.
43.	1-6-56	clochard.	Clochard, 2e entrée.	+				—
44.	8-6-56	ancien chef de pavillon à l'H.P.	Agitation confusionnelle coupée de crises comitiales et de phases comateuses.	+	+	+	Très mauvaise entente conjugale et familiale.	—

CAS	DATE D'ENTRÉE	MÉTIER	CARACTÉRISTIQUES RETENUES	TRAITEMENT			ASSISTANCE A LA SORTIE	RÉSULTATS
				Film	Apo.	Esp.		bon + rechute — amélior. A
45.	24-6-56	chauffeur.	Illettré.	+			Ethylisme conjugal. Rechute précoce.	—
46.	26-6-56	journalier.	Etat général médiocre.	+			Après une période d'abstinence, rechute, puis revu au dispensaire ; boit modérément.	A Fluctuant, modère ses excès.
47.	29-6-56	manœuvre.	Aurait eu 2 crises de D.T. à son domicile en 1957.	+				—
48.	19-7-56	clerc de notaire.	Hypertension artérielle 24-12. Ethyle de relations.	+			Vie conjugale dissociée. Bon comportement.	+
49.	31-7-56	employé S.N.C.F.	Buveur excessif de toujours, 4 l. de vin par jour.	+			Troubles caractériels à l'égard de sa famille. Depuis la sortie, demeure sobre ; vie familiale normale.	+
50.	13-8-56	terrassier.		+	+ en 53 lors 1re entrée		Marié, 4 enfants, entraînement du milieu.	— 2 gr. 540 ‰ alcool.

51.	15-8-56	ouvrier agricole.		+	+	+	Ne boirait pas sur les lieux du travail, mais se rattraperait le dimanche, surtout après mécomptes avec les filles.	— le dimanche ?
52.	17-8-56	manutentionnaire.	Ethylisme par entraînement.	+			Bon encadrement.	+
53.	4-10-56 3-1-57	ouvrier agricole.	Revenu après conseil de son médecin traitant, admis sur sa propre demande le 3-1-57.	+ en 56	+ +	+ +	Sans domicile fixe. A accepté un nouveau placement en raison des difficultés de réadaptation.	— ? Non adapté à son ancien milieu, actuellement bien.
54.	14-10-56	boucher.	Mal de Pott à 16 ans	+	+	+	Difficultés par insatisfaction conjugale.	+ — Assez bon.
55.	22-12-56	manœuvre.	Divorcé à son retour de captivité. Vit seul.	+	+	+	Solitude.	— En rechute.
56.	13-1-57	cultivateur.	Etat sub-aigu, 10 l. de cidre par jour. Fruste.	+	+	+	Réaction dépressive avec idées de suicide à la mort d'un ami. Milieu familial satisfaisant.	+
57.	1954 23-10-56	manœuvre.	Etat général très mauvais.	+ +	+ -	+		— — 2 gr. 111 ‰ alcool.
58.	28-2-57	soudeur.	Alcoolique « invétéré ». Quelques difficultés matérielles.	+	+	+	Milieu familial assez bon. Difficultés du conjoint avec la belle-mère.	+

CAS	DATE D'ENTRÉE	MÉTIER	CARACTÉRISTIQUES RETENUES	TRAITEMENT			ASSISTANCE A LA SORTIE	RÉSULTATS
				Film	Apo.	Esp.		bon + rechute — amélior. A
59.	14-5-57	employé S.N.C.F.	N'a pas vu son film.		+	+	(Film trop traumatisant).	+
60.	29-5-57	mécanicien.	Alcoolique à « l'invalidité » pour tuberculose. Etat général médiocre.	+			Amélioré au point de vue pulmonaire A rapidement rechuté.	—
61.	7-6-57 3e ent.	manœuvre.	1re entrée pr D.T. 3e ent. par alcoolisme. Etat général médiocre.	+	Apo. espacées		Alcoolisme d'entraînement probable, conjoint assez compréhensif.	+
62.	6-6-57	manœuvre.	Comportement doux. Alcoolisme par entraînement.	+	+	+	Célibataire qui est retourné travailler à Paris.	?
63.	4-8-57	couvreur-plombier. artisan		+	+	+	Sobre.	+
64.	10-8-57	poseur de voies S.N.C.F.		+	+	+	Bien entouré familialement.	+
65.	23-9-57	ouvrier horticulteur.		+			Conjoint coopérant.	+

BIBLIOGRAPHIE

1. Psychothérapie et évidence (mémoire). *Annales médico-psychologiques,* mars 1956.

2. Essais thérapeutiques de certains cas d'alcoolisme chronique par la projection cinématographique du comportement morbide des malades, convalescents de délire confuso-onirique alcoolique. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française,* Bordeaux, 30 août-4 septembre 1956.

3. Le delirium tremens guérirait-il mieux en hôpital psychiatrique ? Le dosage de l'alcool dans le sang est-il le seul critère des résultats des cures anti-alcooliques ? *Annales médico-psychologiques,* 1957-1958.

4. Essai d'une meilleure approche des conflits instinctivo-affectifs (note préliminaire) (10 mars 1958).

LE TRAITEMENT DES SYNDROMES ALCOOLIQUES AIGUS PAR LE VIADRIL

(Succinate sodique de 21-Hydroxyprégnandione)

PAR

MM. J. DUCOUDRAY et J. NOYER

L'apparition des substances sédatives des centres végétatifs diencéphaliques a été un immense progrès pour le traitement de tous les troubles organiques et mentaux dans lesquels les dérèglements de ces centres jouent un rôle. Aussi est-il bien indiqué, au fur et à mesure de leur apparition, de les utiliser pour le traitement de toutes les affections où un dérèglement de ces centres peut être soupçonné.

Chez les alcooliques présentant des troubles aigus graves, ou en imminence d'en présenter, il était particulièrement indiqué de faire appel à ces médications, puisque l'atteinte des centres diencéphaliques est un des éléments étiologiques capitaux de ces troubles.

C'est ainsi qu'après avoir utilisé classiquement Phénergan, Dolosal, Largactil, nous avons, depuis avril 1957, utilisé le Viadril, des Laboratoires Clin-Comar et Pfizer, d'abord seul, puis en association avec les ganglioplégiques précédents.

Les résultats obtenus nous ayant paru nettement plus favorables que ceux obtenus avec les traitements que nous utilisions précédemment, nous avons pensé utile de les faire connaître (1).

(1) Ce travail a constitué la thèse de l'un de nous. — Dr J. Noyer : Contribution à l'étude des effets du succi-prégnandione dans les delirium tremens et les délires subaigus alcooliques (*Thèse*, Toulouse, novembre 1957) — complétée par une série de 23 observations dans les mois suivants.

Depuis l'apparition du Largactil, nous traitions ces malades par les associations classiques :

Cocktails lytiques = Dolosal-Phénergan-Largactil (ou bien Dolosal-Phénergan seuls), intraveineux ou intramusculaires.

Curéthyl intraveineux.

Extraits hépatiques (intraveineux ou intramusculaires) : Hépacholine, Méthionine.

Vitamines B_1-B_{12}-C.

Strychnine : 15 à 30 mgr. sous-cutanés par jour.

Quantités très importantes de liquides (3 à 8 litres par 24 heures, dont une portion de liquides salés), prises surtout par la bouche.

Cette fourniture considérable d'eau à des malades souvent très déshydratés (et buvant souvent très volontiers) nous ayant toujours paru un des éléments de succès les plus importants du traitement.

Avec ce traitement, notre statistique conservait une mortalité de 2 à 3 %.

La cause essentielle de ces échecs nous paraissait résider dans l'insuffisance de rapidité de ce traitement pour juguler très vite des troubles qui ne peuvent pas être supportés sans danger bien longtemps, car générateurs de désordres très rapidement irréversibles. Désordres pouvant emporter le malade soit très précocement : du 2e au 4e jour, après l'éclatement d'un syndrome diencéphalique progressant de façon incoercible, soit tardivement : vers les 7e-10e jours, alors que les symptômes aigus (hyperthermie, agitation) ayant régressé, le malade ne pouvait remonter et s'éteignait doucement comme par épuisement de sa force végétative.

Eviter l'éclatement d'un syndrome diencéphalique imminent ou l'éteindre au plus tôt s'il est déclenché est donc une nécessité urgente. Aussi avons-nous été très heureux d'utiliser, dès que nous l'avons pu, un médicament qui, plus régulièrement que les précédents, coupait court chez les alcooliques à leurs troubles les plus aigus.

Nous avons ainsi traité par le Viadril, du 15 avril au 31 décembre 1957, une série de 31 malades : 3 états d'excitation, 2 états de confusion mentale, 9 délires subaigus oniriques, 13 deliriums tremens, et 4 malades encore lucides, calmes, non oniriques, mais alcooliques chroniques, d'aspect très fatigué, trémulants, subfébriles, indiquant comme très probable l'éclatement imminent d'un syndrome mental et organique grave.

Parmi ces malades, 12 furent traités en n'utilisant comme sédatif diencéphalique que le Viadril et 19 en utilisant le Viadril associé aux autres ganglioplégiques.

Pharmacologiquement, le Viadril est un dérivé des hormones stéroïdes, apparenté à la D.O.C.A., Progestérone, Cortisone, Testostérone, Prégnandiol, Androstérone.

Il a une action anesthésique et une action potentialisatrice des anesthésiques de base et des produits lytiques. Il n'a aucune action hormonale. Il n'affecte pas le métabolisme des électrolytes et paraît même favoriser sa normalisation. Il s'élimine rapidement ; ses propriétés anesthésiques sont à induction brève. Sa toxicité est faible aux doses nécessaires pour la sédation des troubles diencéphaliques intéressant les malades alcooliques que nous avons eus en vue.

Il peut s'administrer par voie veineuse et par voie sous-cutanée.

La voie veineuse est d'effet très rapide et plus puissant ; elle est la seule voie efficace pour couper court sans retard au déclenchement des troubles végétatifs graves. Aussi sommes-nous d'avis, d'après notre expérience et comme Coirault et Laborit l'ont déjà conseillé, de commencer toujours tout traitement au Viadril par une perfusion intraveineuse.

La voie sous-cutanée est toutefois une voie qui doit être aussi utilisée, car elle permet un effet étalé du médicament, indispensable pour tenir le malade en état d'imprégnation médicamenteuse relative entre deux recharges plus fortes par voie intraveineuse.

Parfois, d'ailleurs, la voie sous-cutanée fut la seule praticable par suite de l'insuffisance du système veineux du malade, soit dès le début du traitement, soit après que quelques perfusions intraveineuses aient sclérosé les veines et les aient rendues inutilisables. Mais les traitements ainsi conduits ont toujours été nettement moins maîtres de la situation que les traitements comportant des injections intraveineuses.

La quantité optima de solvant pour les doses habituelles de Viadril (0,50 à 2 gr.) nous a paru être 250 ml., aussi bien pour les injections intraveineuses que pour les injections sous-cutanées.

Le solvant qui nous a paru le meilleur, aussi bien pour les injections intraveineuses que pour les sous-cutanées, est le soluté chloruré isotonique : donnant des réactions veineuses nettement moindres, ne modifiant pas les chiffres de la glycémie pour le

cas où il serait nécessaire de l'étudier et ne donnant jamais, injecté sous-cutané, de nécroses tissulaires, comme nous en avons vu parfois après des injections faites avec du soluté glucosé.

Injecté intraveineux, quel que soit son solvant, le Viadril a malheureusement une action sclérosante importante sur les veines. L'application systématique de pommade au Pindione, le long des veines injectées, ne nous a pas évité cette obstruction. Obstruction à peu près complète que nous avons bien vérifiée chez deux de nos malades : l'un, ayant fait un œdème aigu du poumon au cours d'une grippe, n'avait plus qu'une veine à peu près utilisable pour la saignée ; l'autre, ayant eu besoin d'une médication intraveineuse cinq mois après son traitement par Viadril intraveineux, n'avait plus aussi qu'une veine utilisable et encore très difficilement.

Cette obstruction des veines nous paraît l'inconvénient le plus sérieux de cette médication, par ailleurs très précieuse. Cette obstruction met toutefois trois à quatre jours à se constituer et l'emploi du Viadril intraveineux n'est lui-même nécessaire que quelques jours aussi. De sorte qu'en s'imposant de ne faire, tant que cela est possible, toutes les perfusions qu'à une seule veine, on ne détériore pas tout le système veineux des deux plis du coude. C'est là une précaution qui a son importance.

Deux associations médicamenteuses nous ont paru indispensables à toute administration de Viadril :

a) Du Sulfate d'atropine : aussi bien pour les perfusions intraveineuses que pour les perfusions sous-cutanées.

Le Viadril provoque en effet à peu près régulièrement des réactions sécrétoires parfois intenses : hypersalivation, hypersécrétion lacrymale et surtout hypersécrétion bronchique. L'injection de Sulfate d'atropine, mélangé au liquide de perfusion, supprime de tels incidents. Les doses optima de Sulfate d'atropine à mélanger ainsi au liquide de perfusion nous paraissent être : 1/2 milligramme pour les perfusions intraveineuses et 1/4 de milligramme pour les perfusions sous-cutanées.

b) De l'Hyaluronidase : aux perfusions sous-cutanées seulement, à la dose d'un flacon d'Hyaluronidase testiculaire de 250 u. pour 250 ml. de Soluté chloruré isotonique. Les risques d'inflammation locale sont ainsi réduits au minimum.

La vitesse d'injection est un élément très important à surveiller pour éviter les accidents.

Pour les perfusions intraveineuses, cette vitesse nous paraît devoir être de 45 à 60 minutes ; une vitesse plus grande nous a paru favoriser l'apparition d'intermittences et comporter des risques d'hypotension artérielle trop considérable.

Pour les injections sous-cutanées, une durée de 15 à 20 minutes est suffisante, car la diffusion du produit est plus lente.

Les effets du Viadril injecté intraveineux se font sentir de façon très rapide : au bout de 15 minutes environ, le malade cesse de s'agiter, puis de parler. Puis viennent le sommeil, la disparition du tremblement, puis celle des myoclonies. L'endormissement se produit 30 minutes environ après le début de la perfusion intraveineuse. Lors des injections sous-cutanées, l'endormissement ne se produit que 30 minutes environ après la fin de la perfusion.

La posologie est très variable suivant l'âge du sujet, son poids, sa robustesse et l'intensité des troubles qu'il présente : agitation, onirisme et surtout troubles neuro-végétatifs.

Il faut associer perfusions intraveineuses et sous-cutanées : les perfusions intraveineuses faisant disparaître les symptômes dès qu'ils ont tendance à se manifester, les perfusions sous-cutanées maintenant l'imprégnation médicamenteuse du sujet sans à-coups trop accentués.

Les doses optima nous ont paru être ainsi :

a) Pour un état d'excitation ou de délire onirique subaigu, chez un sujet de corpulence et de vigueur moyennes : 1 gr. intraveineux au départ, puis au réveil du malade 1 gr. sous-cutané, que l'on peut répéter 3 ou 4 heures après, — atteignant des doses journalières de 2,50 gr. à 3,50 gr.

Chez les malades âgés ou très faibles : perfusions intraveineuses de 0,50 gr., suivies de perfusions sous-cutanées de 0,50 gr.

Les durées de traitement étant très variables selon les sujets (36 heures à 6 jours) et les doses totales de médicament aussi (3,50 gr. à 15 gr.).

b) Pour un delirium tremens, chez un sujet de corpulence et de vigueur moyennes : 1,50 gr. intraveineux (quelquefois la dose de 2 gr. a été nécessaire), puis 1,50 gr. sous-cutanés, ensuite alternance de perfusions intraveineuses de 1,50 gr. et de perfusions sous-cutanées de 1,50 gr. — atteignant des doses journalières de 4 à 6 gr.

Les durées de traitement étant aussi très variables (2 à 7 jours) et les doses totales de médicament aussi (5,50 gr. à 20 gr.).

Médications adjuvantes : Si le Viadril agit bien pour calmer le grand désordre fonctionnel déclenché au niveau des centres diencéphaliques, il nous a paru absolument indispensable de maintenir en association avec lui toutes les médications classiques tendant à éviter ou à corriger les autres désordres fonctionnels métaboliques ou tissulaires graves présentés par les alcooliques en état de troubles mentaux aigus : Curéthyl (1 à 2 ampoules par jour pendant 3 à 4 jours), puis les potions alcoolisées nous ont paru particulièrement importantes à maintenir dans le traitement par le Viadril, car les rechutes ou les irrégularités survenues dans la remontée des malades se sont produites surtout chez ceux qui avaient reçu des doses plutôt faibles d'alcool.

Vitamines : B_1 (200 à 400 mgr. intramusculaires par jour) et C (500 à 1.000 mgr. *per os* par jour).

Extraits de foie intramusculaires ou intraveineux, Hépacholine et Méthionine, ont été également maintenus.

Comme contre-indication, il nous a paru n'y en avoir qu'une seule, mais formelle : l'état d'ivresse. En effet, une perfusion intraveineuse de Viadril mise en train chez un homme en état d'ivresse a déclenché une apnée importante, suivie d'un collapsus cardio-vasculaire grave (avec pouls et tension artérielle imprenables), et on pouvait craindre une issue fatale si une injection intraveineuse de Lobéline n'avait heureusement fait disparaître ces troubles.

Les effets cliniques du Viadril chez les malades ainsi traités nous ont paru être les suivants :

Sur la température : action notable, mais peu durable. Baisse momentanée de 0°5 à 1° en général lors des perfusions intraveineuses. Parfois, mais rarement, baisse de 2 à 3° et même davantage (une observation avec chute de 40°5 à 36°7).

Baisse définitive à 37°-36°8 vers le 3e jour, avec fréquemment une remontée au 4e jour : hyperthermie paraissant bien provenir de la réaction inflammatoire veineuse provoquée par le Viadril.

Sur la glycémie : aucune action.

Sur les tremblements et myoclonies : sédation très rapide. Parfois, cependant, une exagération transitoire si la dose de Viadril est un peu insuffisante. D'où nécessité de commencer tout traitement par une dose relativement forte (1,50 gr. à 2 gr. intraveineux).

Sur la sudation : action également très rapide. Arrêt complet

et brusque 20 à 25 minutes après le début d'une perfusion intraveineuse.

Sur l'appareil respiratoire : régularisation rapide de la respiration qui devient moins précipitée, plus profonde et régulière. Cependant, si la dose de Viadril est trop importante ou injectée un peu trop rapidement, il peut y avoir des moments d'apnée assez impressionnants. D'où nécessité de ne pas faire d'injections intraveineuses trop rapides, de ne les faire que sous surveillance absolument continue et en ayant à portée le matériel d'intubation.

Sur l'appareil cardio-vasculaire : dans la presque totalité des cas, chute tensionnelle portant soit sur la maxima et la minima, soit sur la maxima seule, avec toujours une diminution appréciable de l'indice oscillométrique (passant de 7 à 4 par exemple) et une accélération importante du pouls, passant de 100 à 120, mais demeurant habituellement régulier. Dans quelques cas toutefois, par suite d'injection trop rapide, apparition d'intermittences, rétrocédant par le ralentissement de la perfusion.

Dans 50 % des cas, la baisse tensionnelle a été moyenne (tombant par exemple de 15-8 à 12-8) ; dans 25 à 30 % des cas, elle a été très importante (tombant de 18-9 à 11-6 par exemple). Il nous a paru bon de ne pas laisser la maxima descendre au-dessous de 11 : arrêtant la perfusion intraveineuse quand la maxima atteignait ce chiffre et terminant en perfusion sous-cutanée l'administration de la dose préparée.

Généralement une ou deux heures après la perfusion, la tension artérielle remonte spontanément et revient à ses chiffres primitifs. Cependant, chez des malades en très mauvais état physique, il a été utile parfois de donner des médicaments hypertenseurs légers.

Au point de vue auscultatoire, nous avons noté un léger assourdissement des bruits du cœur, nécessitant, surtout chez les malades âgés, l'emploi de toni-cardiaques (coramine, camphre).

Ces effets circulatoires très importants confirment la nécessité de ne pas faire d'injections intraveineuses trop rapides et de ne les faire qu'en prenant la tension artérielle toutes les 10 à 15 minutes.

Sur la tension artérielle rétinienne : baisse parallèle à la baisse de la tension artérielle humérale avec, aussi, retour à la normale en une à deux heures après la fin de la perfusion.

Sur les troubles mentaux alcooliques subaigus ou aigus :

action extrêmement rapide ; nettement plus rapide que celle des ganglioplégiques que nous utilisions précédemment. En deux à trois jours habituellement, tous les troubles disparaissent, en général dans l'ordre suivant : d'abord l'agitation, puis l'insomnie et le refus d'aliments, ensuite la confusion et enfin les hallucinations.

Comme mortalité, nous avons eu un décès : delirium tremens chez un alcoolique chronique arrivé dans un état organique très obéré (cirrhose atrophique avec ascite augmentant rapidement, polynévrite des membres inférieurs, hyposystolie), laissant bien peu de ressources à toute thérapeutique.

*
**

Après avoir traité avec le Viadril comme seul ganglioplégique une série de 12 malades, nous l'avons utilisé en association avec les cocktails lytiques (Phénergan-Dolosal), que nous utilisions précédemment, cela afin de voir si cette association permettrait d'éviter les trois inconvénients qui nous paraissaient assez importants dans l'utilisation du Viadril : les lésions veineuses, l'immobilisation prolongée du personnel infirmier pour la surveillance de perfusions intraveineuses nombreuses, le coût assez élevé de ces traitements (8 gr. de Viadril en moyenne par malade) (1).

Nous avons ainsi traité une série de 19 malades par l'administration alternée de Viadril intraveineux (1 gr. à 1,5 gr. par jour) et de cocktails Phénergan-Dolosal intraveineux ou intramusculaires (une à deux fois par jour).

Le Viadril intraveineux était injecté d'entrée pour couper court aux symptômes aigus et ensuite chaque fois que les symptômes aigus menaçaient de reparaître.

Les médications complémentaires (Curéthyl, vitamines, etc...) demeuraient inchangées.

Dans ces conditions, nous avons constaté que, pour un même degré de gravité :

Les quantités de Viadril utilisées étaient réduites de 25 % environ.

Les lésions veineuses étaient aussi importantes (cette atteinte

(1) Nous remercions vivement ici les Laboratoires Clin-Comar, qui ont bien voulu nous fournir gracieusement une importante partie des quantités de Viadril utilisées pour le traitement de nos malades.

étant acquise dans toute son ampleur dès la 3e perfusion intraveineuse).

La suppression des symptômes graves du début était beaucoup moins nette et rapide.

La remontée des malades était bien moins franche et régulière : coupée par des réapparitions fréquentes d'agitation et d'onirisme avec persistance plus prolongée de la fébrilité et du mauvais état général.

La guérison complète a été nettement plus longue à obtenir : 5 à 6 jours au lieu de 2 à 3.

Nous n'avons eu aucun décès.

Le travail du personnel soignant n'était pratiquement pas soulagé : la surveillance supplémentaire nécessitée par les reprises ou la persistance plus prolongée de certains symptômes (agitation, fébrilité) étant bien équivalente au temps passé à surveiller les perfusions intraveineuses de Viadril.

Ces traitements moins intenses, mais plus prolongés, nécessitant en fin de compte des quantités de médicaments équivalentes, n'étaient pas plus économiques que les traitements à doses plus fortes, mais plus brefs (quantité moyenne de Viadril nécessaire : 6 gr. seulement par malade, mais nécessité de médications associées bien plus nombreuses).

De sorte que c'est le traitement par le Viadril comme seul ganglioplégique qui, compte tenu de ses contre-indications et des précautions qu'il comporte, nous a paru le meilleur pour le traitement des accidents alcooliques graves. Cela par la rapidité, la régularité et la sûreté qu'il apporte dans la réduction de désordres d'emblée dangereux.

Certes, des produits nouveaux pourront paraître qui donneront dans l'avenir des résultats encore meilleurs. Mais, pour le moment, le traitement par le Viadril est un traitement qui a fait ses preuves et qui constitue un progrès important dans la thérapeutique des troubles alcooliques subaigus et aigus.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 7 juillet 1958

Présidence : M. Michel CÉNAC, président

COMMUNICATIONS

Comas hépatiques transitoires chez une alcoolique chronique avec anastomose porto-cave congénitale ; évolution démentielle, par J. Delay, T. Lemperiere, D. Widlocher, P. Rondot.

Les descriptions récentes des encéphalopathies porto-caves jettent un jour nouveau sur la pathogénie de certains troubles mentaux au cours de l'alcoolisme chronique. L'existence d'une telle encéphalopathie chez une de nos malades, éthylique chronique, nous a conduit à rapporter cette observation pour souligner les difficultés diagnostiques et préciser les mécanismes physiopathologiques.

Observation. — Mme M..., 57 ans, est internée dans le service le 23 avril 1957. Elle nous est adressée par un service de médecine, pour un affaiblissement intellectuel avec troubles mnésiques importants et désorientation temporo-spatiale.

Le début des troubles remonte au mois de décembre 1956, où la malade présente un épisode délirant subaigu à la suite d'une pneumopathie fébrile. Les habitudes alcooliques étant manifestes depuis dix ans, le diagnostic de delirium tremens est porté. L'évolution est rapidement favorable, mais, au décours de l'accident, l'entourage remarque d'importants troubles de la mémoire et de l'orientation dans le temps. La malade se plaint d'une anorexie croissante, de crampes musculaires. Elle présente en mars 1957 une hématémèse qui entraîne son hospitalisation à l'hôpital Broussais.

A son entrée dans notre service, le déficit mnésique est évident, portant aussi bien sur les faits anciens que récents. Elle ignore son âge, a oublié les dates importantes de son existence, son adresse actuelle. La désorientation dans le temps est complète, l'orientation spatiale approximative.

L'affaiblissement intellectuel est d'appréciation difficile, et paraît variable

selon les jours. Tantôt la malade paraît somnolente, voire stuporeuse, présentant des stéréotypies, des itérations verbales ; tantôt, au contraire, le contact est meilleur, les réponses pauvres mais pertinentes. Indépendamment de ces variations, l'humeur est euphorique, la présentation joviale, la méconnaissance de l'état morbide complète.

L'intoxication éthylique chronique ne fait pas de doute. Le faciès est évocateur, l'aveu en est facile.

A l'examen physique, le foie n'est pas palpable. Il n'y a pas de splénomégalie. Il existe une tendance ecchymotique. Pas de signe d'atteinte neurologique. Le reste de l'examen n'apporte aucun autre élément, si ce n'est l'existence d'un moignon de col utérin qu'explique une hystérectomie pour fibrome, suivie d'un traitement par radium pour cancérisation du moignon restant. Un examen complet nous permet d'ailleurs d'éliminer toute récidive locale ou métastatique du processus cancéreux.

A cette époque, les examens de laboratoire nous montrent : urée, 0,16 g. ; glycémie, 1,25 g.

Epreuves hépatiques : protides totaux, 80 g. ; sérum-albumine, 30 g. ; globuline, 50 g. ; rapport A/G, 0,60 ; cholestérol total, 2,60 g. ; cholestérol estérifié, 1,58 g. ; rapport E/T, 60 % ; taux de prothrombine, 60 % ; test de Mac Lagan, 2 U.V.

Examen ophtalmologique : normal.

Electro-encéphalogramme : tracé de repos caractérisé par : 1° un rythme de fond de 3 à 4 c./s., irrégulier, réagissant mal à l'ouverture des yeux ; 2° au niveau des régions rolandiques, on enregistre quelques rythmes rapides peu amples de 16 c./s. ; 3° sur les régions antérieures s'inscrivent des bouffées d'ondes lentes de haut voltage, d'allure hypersynchrone de 2 et 1/2 c./s. Ces bouffées diffusent peu vers les régions postérieures ; 4° des pointes lentes de haut voltage sont enregistrées bilatéralement au niveau des régions temporales antérieures mais des pointes et des pointes lentes de bas voltage apparaissent plus fréquemment au niveau des régions fronto-rolandiques droites. Les différents montages explorateurs confirment la constance des anomalies pointues sur les régions fronto-temporales droites.

L'hyperpnée augmente l'amplitude et la tendance à l'hypersynchronisme et fait apparaître en fin d'épreuve des pointes de haut voltage (180 microvolts) prédominant sur les régions fronto-temporales droites mais enregistrées aussi à gauche.

La stimulation lumineuse intermittente active le rythme cérébral et fait apparaître quelques potentiels évoqués sur les régions postérieures.

Conclusion : Il s'agit d'un tracé globalement altéré, très ralenti, avec une réactivité faible, qui traduit une profonde perturbation de l'électrogénèse.

Encéphalographie gazeuse : importante dilatation des ventricules prédominant à gauche ; élargissement des sillons. Existence dans la région frontale d'une hyperclarté étendue. Conclusion : atrophie cérébrale diffuse prédominant dans la région frontale.

*
**

Le mode d'installation de cet affaiblissement intellectuel nous a fait discuter dans le cadre des encéphalopathies alcooliques, tour à tour, un syndrome de Korsakoff, une encéphalopathie de Gayet-Wernicke, une démence

éthylique. Un traitement par vitamines du groupe B a été institué sans résultats notables.

En réalité, si depuis plus d'un an le déficit intellectuel ne semble pas s'être aggravé, la survenue d'épisodes transitoires, d'allure clinique bien spéciale, nous a fait reconsidérer le diagnostic. Il s'agit de troubles de la conscience, de survenue assez brutale, durant 24 à 48 heures, de résolution progressive et spontanée. Ces troubles sont d'intensité très variable. Nous les avons pris au début pour un sommeil profond dont pouvait la tirer une incitation vigoureuse. Ils apparurent à d'autres moments comme un véritable coma mais sans stertor. Le plus souvent, la malade paraissait obnubilée, confuse, répondant de façon inadaptée et incohérente, avec itérations verbales ; on a noté à plusieurs reprises des mouvements automatiques de grattage, de frottement du nez, de mastication.

Pendant ces épisodes, l'examen neurologique nous a montré : un tremblement d'attitude, surtout net au niveau du poignet et des doigts, réalisant des mouvements de flexion-extension ainsi que d'abduction et adduction du pouce — tremblement apparaissant également au niveau de la langue lors des mouvements de protraction, et moins souvent au niveau des membres inférieurs, où il réalise une abduction-adduction du pied, lorsque la jambe est maintenue en flexion sur la cuisse et celle-ci sur le bassin. Ces différents caractères permettent donc d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un tremblement de repos mais d'un tremblement d'attitude apparaissant lors du maintien d'une posture. Ce tremblement bilatéral et asymétrique est assez lent, très ample, à grandes oscillations. Il évoque la « flapping tremor » des auteurs anglo-saxons ; une rigidité de type extrapyramidal, plastique, s'accompagnant du phénomène de la roue dentée ; des réflexes ostéotendineux vifs, mais non polycinétiques ; pas de clonus, pas de signe de Babinski.

Le tremblement, la rigidité, la roue dentée persistent longtemps après les troubles de la conscience, mais néanmoins ne sont pas permanents.

Au cours d'un accès, un électro-encéphalogramme a été enregistré : la trace de repos présente de façon constante et sur toutes les dérivations des ondes lentes de haut voltage de 2 à 3 c./s., qui prennent assez souvent un aspect pointu. On retrouve sur les régions antérieures de nombreuses pointes lentes. La stimulation lumineuse intermittente n'entraîne pas le rythme de base et ne fait pas apparaître d'image nouvelle.

Immédiatement après l'examen, la malade a présenté une crise avec secousses du bras et de l'hémiface gauches. Pendant cette crise, la malade avait perdu conscience. Après une minute environ, la conscience est revenue tandis que la malade se livrait à des mouvements de grattage et de frottement du nez et de l'œil gauche.

⁂

En dehors de ces épisodes comateux persistent des troubles psychiques permanents : déficit mnésique global, troubles du jugement et de l'attention, fabulation pauvre, tonalité euphorique de l'humeur, jovialité, familiarité, méconnaissance de l'état morbide. L'existence d'un fond démentiel permanent paraît donc indiscutable. L'examen psychométrique n'a pu être pratiqué en raison du manque de coopération de la malade.

⁂

Les épisodes précédents se sont reproduits une vingtaine de fois dans le service. Cette malade, autrefois anorexique, était devenue boulimique, et nous avons été frappés par le fait que ces accidents survenaient le lendemain des jours de visites, celles-ci étant l'occasion d'excès alimentaires, en particulier de volailles et charcuterie.

La survenue de ces troubles transitoires de la conscience à l'occasion d'un régime hyperprotidique, le caractère des signes neurologiques firent évoquer le diagnostic de comas hépatiques tels qu'on les observe au cours des encéphalopathies porto-caves.

Ceci nous conduisit à en rechercher les signes biologiques (laboratoire Delaville, hôpital Sainte-Anne) et radiologiques (service du Dr Porc'her, hôpital Saint-Antoine).

L'ammoniémie, au cours du coma, était de 3 mg./litre alors qu'un dosage antérieur, en dehors d'un coma, s'était montré de 1 mg./litre. La glycémie, par contre, était normale : 0,95 g.

La chromatographie du liquide céphalo-rachidien a montré une fois la présence assez abondante d'acide glutamique et peu abondante de glutamine, à côté d'alanine, de sérine, d'arginine et de taurine ; une deuxième fois, absence d'acide glutamique et de glutamine, présence de citrulline, de sérine, de taurine et de valine.

Une splénoportographie a montré un tronc splénique normal, une veine porte de calibre très rétréci avec des ramifications intra-hépatiques grêles et peu nombreuses. Le produit de contraste emprunte essentiellement le trajet de la mésentérique supérieure, anormalement augmentée de volume, opacifiant ensuite un important lacis veineux, anastomotique avec la veine cave, comme le montre l'opacification secondaire rapide de cette dernière. Il ne nous a pas été possible de préciser le lieu de l'anastomose. Il peut s'agir d'un shunt mésentérico-ombilical ou d'un shunt mésentérico-iliaque, cette dernière hypothèse paraissant la plus probable.

Une cavographie n'a montré que l'atrophie des veines sus-hépatiques, sans injecter le système porte. Ainsi se trouve vérifiée anatomiquement l'existence d'une anastomose porto-cave responsable des comas transitoires.

Un nouveau bilan hépatique nous montre une aggravation sensible de l'atteinte fonctionnelle.

Une ponction-biopsie du foie est alors pratiquée (laboratoire du Dr Lambling, hôpital Bichat) : parenchyme remanié de façon considérable. La structure cellulaire normale a en effet disparu, remplacée par une juxtaposition de nodules arrondis, plutôt petits, séparés les uns des autres par des arceaux fibreux arrondis. Cette cirrhose nodulaire comporte également une assez importante infiltration cellulaire péri-nodulaire ainsi qu'une très remarquable hyperplasie kupférienne. Les hépatocytes, de taille variable, souvent bien nucléés, montrent des affinités tinctoriales assez diverses. Il s'agit donc d'un processus de cirrhose assez évolutif rappelant tout à fait la cirrhose alcoolique de Laënnec.

En résumé, chez une éthylique chronique, présentant un affaiblissement démentiel, et des comas transitoires, les examens complémentaires nous ont permis de mettre en évidence l'existence d'un processus cirrhotique et d'un système anastomotique porto-cave congénital.

L'observation de cette malade nous paraît entraîner un certain nombre de remarques.

1) Elle présente une cirrhose de Laënnec d'origine éthylique confirmée par la ponction-biopsie du foie. Cependant, à aucun moment de l'évolution, nous n'avons observé de signes d'hypertension portale, ni ascite, ni splénomégalie, ni circulation collatérale superficielle, ni œdèmes périphériques. L'absence de ces symptômes s'explique par la présence d'un shunt porto-cave congénital à gros débit, dont la circulation dérivée « amortit l'hypertension portale ». C'est parce que de tels shunts existent normalement chez le chien que, dans cette espèce animale, la ligature lente de la veine porte n'aboutit pas en général à la production d'ascite. On sait d'ailleurs que le traitement chirurgical palliatif des cirrhoses tel qu'il a été pratiqué depuis une dizaine d'années vise essentiellement à rétablir une anastomose entre système porte et système cave.

2) Notre malade présente depuis sa naissance un shunt porto-cave bas situé avec hypoplasie de la veine porte et atrophie des veines sus-hépatiques. Ce shunt est très différent de par sa situation anatomique de celui réalisé dans la maladie de Cruveilhier-Baumgarten. Cette malformation congénitale ne s'est accompagnée d'aucun trouble du développement et d'aucune manifestation fonctionnelle jusqu'à son âge de 56 ans.

Les premiers symptômes sont apparus seulement après l'installation d'une cirrhose d'origine éthylique réalisant une insuffisance hépatique sévère. C'est l'association du shunt porto-cave congénital et de la cirrhose éthylique qui a été à l'origine des manifestations neuro-psychiques si spéciales que nous avons pu observer chez cette malade.

3) Le tableau clinique est celui de l'encéphalopathie porto-cave (portal systémic encéphalopathy de Sheila Sherlock) (1), dont il a tous les symptômes :

le déclenchement des accidents par le régime hyperprotidique et peut-être également une fois par une hémorragie digestive ;

la durée relativement brève des accidents et leur évolution spontanément régressive ;

l'allure clinique des manifestations : symptômes extrapyramidaux, tremblement, rigidité, phénomène de la roue dentée apparaissant avant les signes psychiques et persistant longtemps après eux, troubles de la conscience allant de la simple obnubilation jusqu'au coma vigil, d'intensité très variable d'un moment à l'autre ;

les altérations de l'électro-encéphalogramme, avec ses bouffées d'ondes lentes sur toutes les dérivations ;

l'augmentation très marquée de l'ammoniémie alors que la glycémie reste normale.

4) Si la coexistence de l'anastomose et de la cirrhose alcoolique per-

met d'expliquer les accidents comateux transitoires, peut-elle rendre compte de l'affaiblissement démentiel de notre malade ? Sans doute, on sait que l'intoxication alcoolique chronique est, par elle-même, capable d'entraîner une telle démence. L'un de nous en a d'ailleurs rapporté des exemples [J. Delay et P. Desclaux (2)].

D'autre part, des états démentiels associés à des encéphalopathies porto-caves ont été rapportés par Summerskill et coll. (3) chez des cirrhotiques non éthyliques. Il est donc probable que l'anastomose entraîne des perturbations du métabolisme cérébral de manière permanente.

5) On voit les difficultés de diagnostic rencontrées chez de tels malades. Lorsque la cirrhose est méconnue, ce qui est fréquent puisque l'hypertension portale est masquée par le shunt porto-cave, la survenue de troubles de conscience peut faire évoquer un état crépusculaire épileptique, les signes neurologiques peuvent en imposer pour un syndrome parkinsonien ou une dégénérescence hépato-lenticulaire, les troubles de l'humeur et du comportement pour un syndrome frontal.

Mais surtout de tels faits permettent de reconsidérer certains aspects des troubles mentaux de l'alcoolisme chronique : les épisodes confusionnels transitoires avec tremblements et troubles du tonus pris à tort pour une encéphalopathie de Gayet-Wernicke, les démences à forme de pseudo-paralysie générale alcoolique avec dysarthrie, tremblement, hyperréflectivité tendineuse, euphorie. Il semble bien que l'encéphalopathie porto-cave explique, au moins dans certains cas, la genèse de ces troubles.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. Sherlock (S.), Summerskill (W. H. J.), White (L. P.), Phear (E. A.) : Portal systemic encephalopathy ; neurological complications of liver disease. *Lancet*, 4 sept. 1954, *267*, 453-457. — 2. Delay (J.), Desclaux (P.) : L'encéphalographie gazeuse dans les démences toxiques et les démences traumatiques. *Ann. méd. lég.*, 1945, n° 4, 69-72. — 3. Summerskill (W. H. J.), Davidson (E. A.), Sherlock (S.), Steiner (R. E.) : The neuropsychiatric syndrome associated with hepatic cirrhosis and an extensive portal collateral circulation. *Quarterly Journal of Medicine*, *25*, n° 98, 1956, 245-266.

Considérations cliniques et pathogéniques sur un cas d'encéphalopathie porto-cave par J. Delay, T. Lempérière, D. Widlocher, P. Rondot.

Nous voudrions, à propos de l'observation que nous venons de rapporter, reprendre la description de l'encéphalopathie porto-cave ou « coma hépatique transitoire ». Cette entité clinique, déjà décrite autrefois par Frérichs (16) et par Lancereaux (25) vient d'être l'objet de nombreuses publications qui en ont précisé la symptomatologie neuro-psychiatrique et éclairé la pathogénie.

L'encéphalopathie porto-cave s'observe surtout au cours des cirrhoses du foie. Toutes les variétés de cirrhoses peuvent être en cause : cirrhose éthylique (5) (15) (21) (22), cirrhose méta-ictérique (15) (40) (45), cirrhose bronzée (34), cirrhose biliaire (45). On en a décrit quelques cas au cours d'hépatites aiguës, mais ceci reste exceptionnel.

Tous les cirrhotiques ne font pas d'épisodes comateux transitoires. Ceux-ci surviennent chez les malades dont la circulation collatérale porto-cave est très importante. Le shunt porto-cave est parfois congénital comme c'est le cas de notre malade ou celui des sujets présentant une maladie de Cruveilhier-Baumgarten. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une circulation de dérivation qui s'établit par des anastomoses ou des collatérales pour « amortir » l'hypertension portale au fur et à mesure des progrès de la cirrhose. Les travaux de Caroli, Paraf et Schwarzmann (9), ceux de Piétri (32), montrent quelles sont les principales voies anatomiques que peut emprunter la circulation porto-cave au cours des cirrhoses. Enfin, le shunt porto-cave peut être chirurgical et l'on sait avec quelle fréquence les cirrhotiques opérés font des comas hépatiques transitoires (21) (22) (33) (45).

Les accidents neuro-psychiatriques de l'encéphalopathie porto-cave peuvent apparaître spontanément. Bien souvent, ils sont provoqués par toute une série de causes déclenchantes « ayant pour dénominateur commun d'accroître de façon significative la teneur en substances azotées de l'intestin de ces malades » (11), — administration de chlorure d'ammonium dont la toxicité chez les cirrhotiques avait été montrée dès 1932 par Van Caulaert (46) et a été confirmé depuis (23) (40), — administration de résines échangeuses d'ions comportant un radical ammonium (13), — prescription de fortes doses de méthionine et de choline (30), — régimes alimentaires hyperprotidiques (26) (36) (45).

La survenue d'une grande hémorragie digestive produit des effets analogues ; le sang extravasé dans l'intestin donne naissance à une importante production ammoniacale qui s'accompagne rapidement d'une hyperammoniémie et secondairement d'un coma [Cachera (8)]. Il est à noter que les hémorragies digestives des sujets non cirrhotiques ne s'accompagnent pas d'hyperammoniémie (43).

*
**

La symptomatologie clinique s'est précisée progressivement. Les travaux d'Adams et Foley en 1953 (1), ceux de Sherlock et coll. en 1954 (40), ceux de Benhamou, Hartmann et Fauvert en 1955 (5), la revue complète de Summerskill et coll. en 1956, à propos de 17 cas personnels (45), donnent une description extrêmement précise des accidents neuro-psychiatriques de l'encéphalopathie porto-cave. Celle-ci apparaît en clinique sous forme d'accidents paroxystiques et régressifs d'allure clinique particulière.

Ces accidents sont souvent multiples, se répétant à des intervalles

variables de durée habituellement courte, 24 à 48 heures, mais pouvant durer plusieurs semaines ou plusieurs mois ; ils sont spontanément régressifs. Ils se caractérisent par trois ordres de symptômes :

1) *Les troubles de la conscience.* — Leur apparition est souvent brutale, leur intensité très variable d'un moment à l'autre. Toutes les formes peuvent s'observer : obnubilation simple avec bradypsychie et aprosexie ; confusion mentale avec désorientation temporo-spatiale, apathie ou agitation, persévérations verbales et gestuelles, incohérence des réponses ; états crépusculaires de début et de fin brutaux, pouvant s'accompagner d'automatismes ambulatoires et rappelant tout à fait les épisodes aigus des épileptiques ; hypersomnie diurne dont il est possible de tirer la malade par une incitation vigoureuse, et qui est souvent confondue avec le sommeil normal ; coma, qui est le plus souvent calme et sans stertor, parfois comme agité, douloureux ; la mobilisation et la pression des masses musculaires entraînent alors des cris ou des réactions de défense.

Les épisodes confusionnels ou crépusculaires s'accompagnent très souvent d'une activité hallucinatoire intense à prédominance visuelle, mais également auditive, olfactive et cénesthésique.

Des épisodes rappelant les crises temporales avec reviviscence de souvenirs d'enfance ont été rapportés. On a également signalé la possibilité d'illusions visuelles, de déformations du champ perceptif, de perturbations du schéma corporel que l'on a comparé aux manifestations observées lors d'intoxications par la mescaline ou le L.S.D. 25.

2) *Troubles de l'humeur et du comportement.* — Ils peuvent précéder les autres symptômes et annoncer l'imminence du coma ; le plus souvent, ils n'apparaissent qu'après le tremblement. Il s'agit de troubles du caractère, d'irritabilité avec colère, de désintérêt, d'indifférence affective ; chez d'autres malades, on a souligné la ressemblance des troubles avec ceux du syndrome frontal : euphorie, jovialité, niaiserie, puérilité, familiarité excessive, perte de l'autocritique. Enfin, il existe des formes franchement dépressives ou maniaques, ainsi que l'ont rapporté Havens (21) et Summerskill (45).

3) *Syndrome neurologique.* — Le signe le plus précoce et le plus constant est le tremblement, d'un type clinique particulier. Il est fait d'une série de secousses irrégulièrement espacées, d'assez grande amplitude ; il est généralement bilatéral mais non symétrique. Il est particulièrement net au niveau du poignet et des doigts, s'observe également au niveau de la langue et de la mâchoire, plus rarement aux membres inférieurs. Il disparaît pendant le sommeil, s'exagère lors de la fatigue et de l'émotion. Il s'agit d'un tremblement d'attitude, qui disparaît lors du repos et s'exagère considérablement lors des mouvements volontaires ou lorsqu'on maintient une posture. Le meilleur moyen de l'extérioriser est de demander au malade de maintenir

ses bras tendus ; le tremblement apparaît après un temps de latence qui peut aller jusqu'à une minute, et augmente très rapidement d'amplitude. On voit apparaître les mouvements de flexion-extension des doigts rappelant un battement d'aile (flapping tremor). Le tremblement apparaît bien avant les troubles de la conscience ; il augmente rapidement d'intensité et gêne alors l'activité volontaire du malade, entraînant dysarthrie et troubles de l'écriture. Il est souvent moins net pendant le coma, où on l'extériorise difficilement. Il réapparaît ensuite et persiste longtemps après la fin des accidents sans être cependant permanent.

Des troubles du tonus sont observés dans les 3/4 des cas : hypertonie plastique avec perte des mouvements associés et phénomène de la roue dentée. Cette rigidité est variable d'un moment à l'autre et s'atténue souvent quand on répète le mouvement.

Les réflexes tendineux sont exagérés avec clonus du pied. Il n'y a pas de signe de Babinski. Cependant, au cours des comas profonds, on a parfois noté l'aréflexie tendineuse avec Babinski. Enfin, on observe souvent des mouvements anormaux au niveau de la face : clignements, mâchonnements, hochements de la tête, grimaces.

Summerskill (45) a noté dans quatre cas des phénomènes catatoniques. Les crises convulsives sont possibles quoique exceptionnelles.

*
**

L'encéphalopathie porto-cave comporte donc une symptomatologie bien précise ; annoncée par le tremblement puis les troubles de l'humeur et du comportement, elle se caractérise par des troubles de conscience d'intensité variable, de début brutal, accompagnés de troubles du tonus musculaire. Sa durée est habituellement courte, 24 à 48 heures. La guérison en est spontanée. Chez certains malades, ces épisodes aigus surviennent sur un fond psychique normal et attirent alors l'attention par leur répétition. Chez d'autres, l'encéphalopathie portale s'accompagne de troubles mentaux permanents, à type de démence organique, d'état dépressif chronique ou de délire de type paranoïde. Les épisodes aigus passent alors longtemps inaperçus, d'autant que la cirrhose est souvent méconnue.

La difficulté majeure du diagnostic vient en effet de la méconnaissance de la cirrhose, du fait que les signes d'hypertension portale manquent souvent. Il n'y a habituellement pas d'ascite, ni de circulation collatérale, ni d'œdèmes périphériques. La splénomégalie est considérée comme constante, cependant notre malade n'en présentait pas. Les poussées ictériques sont possibles mais rares. Les épreuves fonctionnelles hépatiques ne se montrent pas toujours très perturbées — chez un éthylique chronique on pense évidement assez facilement à la possibilité d'une cirrhose, mais beaucoup d'encéphalopathies porto-caves sont dues à des cirrhoses d'étiologie très différente, en

particulier métaictérique, et peuvent se rencontrer chez des sujets très jeunes. Les meilleurs éléments de diagnostic restent donc l'allure paroxystique et récidivante des accidents et le caractère particulier du tremblement. Deux examens permettent de le confirmer au cours du coma :

le dosage de l'ammoniémie, qui se montre augmentée de façon notable dans la majorité des cas ;

l'électro-encéphalogramme, qui montre une activité delta, faite de bouffées d'ondes lentes bilatérales et synchrones, d'une fréquence moyenne de 2 c./s. Au début de l'évolution, elles sont limitées aux régions frontales, surviennent par bouffées, séparées par un rythme alpha normal. Plus tard, l'activité delta envahit toutes les dérivations. L'électro-encéphalogramme redevient normal après le coma (14) (24).

Les auteurs anglo-saxons insistent également sur la possibilité de reproduire les accidents neuro-psychiatriques de façon quasi-expérimentale en faisant ingérer au malade de fortes doses de méthionine ou en lui donnant un régime hyperprotidique. Ce test est, à leurs yeux, le meilleur élément de diagnostic avant la splénoportographie qui, elle seule, permet d'affirmer la dérivation porto-cave.

Faire le diagnostic d'encéphalopathie porto-cave n'est pas d'un intérêt purement spéculatif, mais comporte une sanction thérapeutique précise et souvent efficace : la prescription d'un régime hypoprotidique, qui entraîne une amélioration souvent remarquable des troubles psychiques à condition que le processus démentiel ne soit pas trop important.

Pathogénie du coma hépatique transitoire. — Les recherches de ces dernières années se sont surtout orientées vers l'étude des anomalies biochimiques observées au cours du coma.

Un fait important doit être d'abord souligné ; le passage dans le coma ne s'explique pas par une aggravation subite de l'insuffisance hépatique ; les tests d'exploration fonctionnelle du foie ne sont pas plus perturbés qu'en dehors du coma.

Les perturbations électrolytiques ou acidobasiques ne paraissent jouer qu'un rôle accessoire ; leur correction ne change guère le cours de l'évolution.

Les troubles du métabolisme glucidique sont inconstants. La glycémie est habituellement normale au cours du coma. Par contre, il existe des troubles du métabolisme intermédiaire des glucides, en particulier une augmentation de l'acide pyruvique et de l'acide lactique (2) (39).

Les perturbations du métabolisme azoté paraissent actuellement beaucoup plus intéressantes. L'urée reste normale ou basse comme dans notre observation personnelle ; il y a augmentation de l'azote total non uréique du plasma et hyperaminoacidémie. Il y a surtout des anomalies du métabolisme de l'ammoniaque. Dans l'organisme,

l'ammoniaque provient de deux sources : la désamination endogène des acides aminés, la dégradation intestinale des protides par les bactéries locales. Ceci explique la très haute teneur en ammoniaque du sang de la veine porte. L'ammoniaque est très vite neutralisé par deux systèmes enzymatiques, l'un représenté par le cycle de Krebs, localisé uniquement dans les cellules hépatiques et aboutissant à la formation de l'urée ; l'autre siège dans toutes les cellules, mais surtout dans les cellules nerveuses, et aboutit à la formation de glutamine par fixation de NH_3 sur l'acide glutamique.

Chez les cirrhotiques, deux mécanismes sont possibles pour expliquer l'hyperammoniémie : une diminution de l'uréogénèse par suite de l'insuffisance hépato-cellulaire, un passage direct de l'ammoniaque intestinal dans le sang de la veine cave et dans la circulation générale, sans passage par le foie, lorsque les anastomoses porto-caves sont suffisamment développées. Ce dernier mécanisme est confirmé par les renseignements fournis par les fistules d'Eck expérimentales chez le chien. Celles-ci peuvent entraîner des troubles neurologiques qui sont déclenchés ou augmentés par l'ingestion de viande. C'est la classique « intoxication à la viande » étudiée par l'école de Pavlov, puis par Balo et Korpassy (4), et par Monguio (27). Les troubles observés s'accompagnent d'une hyperammoniémie. Rappelons également chez l'homme avec quelle fréquence on a observé des comas transitoires dans les suites des anastomoses porto-caves chirurgicales pour cirrhoses, et comme il est facile de les déclencher par des régimes hyperprotidiques.

La toxicité particulière de l'ammoniaque pour le tissu nerveux est connue depuis longtemps [Weil-Malherbe (48)]. Il semble qu'NH_3 intervient dans le métabolisme cérébral par deux mécanismes : la combinaison de l'excès d'NH_3 avec l'acide glutamique pour former de la glutamine, hypothèse suggérée par l'augmentation importante de glutamine dans le liquide céphalo-rachidien au cours du coma hépatique (49), augmentation qui n'est pas retrouvée au cours des cirrhoses sans coma, ni au cours des comas d'autres origines — la combinaison de l'excès d'NH_3 avec l'acide α-cétoglutarique et formation d'acide glutamique, d'où déplétion générale de l'organisme en acide α-cétoglutarique et blocage du cycle de Krebs. La réduction de la consommation d'oxygène du cerveau au cours du coma hépatique (12) et l'augmentation du taux d'acide pyruvique dans le sang et le liquide céphalo-rachidien serait en faveur de cette hypothèse (2) (10) (39).

Cependant certains auteurs, Sherlock (41) en particulier, émettent des réserves quant à la théorie ammoniacale du coma hépatique. Ils insistent sur le fait qu'il existe des comas hépatiques sans hyperammoniémie et qu'au contraire certains sujets peuvent avoir des ammoniémies élevées sans avoir de manifestations neuro-psychiatriques et qu'en tout cas il n'y a pas de parallélisme étroit entre les deux ordres

de troubles. Ces discordances tiennent, peut-être, au fait que des anomalies du métabolisme de l'ammoniaque peuvent exister à l'étage tissulaire sans que la teneur du plasma en ammoniaque soit élevée de façon identique.

A côté des perturbations du métabolisme azoté, il faudrait peut-être faire jouer un rôle aux troubles du métabolisme glucidique. Le coma hépatique s'accompagne d'une augmentation importante du taux des acides α-cétoniques sanguins, en particulier de l'acide α-cétoglutarique (10) (35) (39) ; le taux de ces acides augmente considérablement après administration de leurs précurseurs biologiques, ce qui permet de conclure à un blocage du métabolisme intermédiaire de ces acides cétoniques, dans le cycle de Krebs, c'est-à-dire de leur décarboxylation oxydative. Or, le métabolisme cérébral doit faire appel à un apport en hydrates de carbone dont l'oxydation dans le cycle de Krebs constitue sa source principale d'énergie. Le coma hépatique pourrait donc apparaître comme un coma énergétique, secondaire à des perturbations dans le métabolisme intermédiaire au niveau de la décarboxylation oxydative des acides pyruviques et α-cétoglutariques [de Schepper (35)].

BIBLIOGRAPHIE. — 1. Adams (R. D.) and Foley (J. M.) : The neurological disorder associated with liver disease. *A. Res. Nerv. and Ment. Dis. Proc.*, 1953, *32*, 198-237. — 2. Amatuzio (D. S.) and Nesbitt (S.) : Study of pyruvic acid in the blood and spinal fluid of patients with and without hepatic coma. *J. Clin. Invest.*, 1950, *29*, 1486-1490. — 3. Amatuzio (D. S.), Schrifter (N.), Stutzman (F. L.), Nesbitt (S.) : Blood pyruvic acid response to intravenous glucose or insuline in the normal and in patients with liver disease and with diabetes mellitus. *J. Clin. Invest.*, 1952, *31*, 751-755. — 4. Balo (J.) and Korpassy (B.) : The encephalitis of dogs with ECK fistule fed on meat. *A.M.A. Arch. Path.* (Chicago), 1932, *13*, 80-87. — 5. Benhamou (J.-P.), Hartmann (L.) et Fauvert (R.) : Le coma hépatique transitoire, 1° étude clinique. *Presse médicale*, 1955, *63*, 1451-1454 ; 2° étude biologique et thérapeutique. *Presse médicale*, 1955, *63*, 1495-1496. — 6. Bessman (S. P.) and Bessman (A. N.) : The cerebral and peripheral uptake of ammonia in liver disease with an hypothesis for the mechanism of hepatic coma. *J. Ilin. Invest.*, 1955, *34*, 622-628. — 7. Butt (H. R.), Amatuzio (D. S.), Gabuzda (G. J.), Giges (B.), Sborov (V. M.), Seligson (D.) : The clinical and biochemical features of hepatic insufficiency. *Gastroenterology*, 1953, *25*, 471-486. — 8. Cachera (R.) : Le coma hépatique. Sa physiopathologie. Son traitement par l'acide glutamique. *Sem. Hôp. Paris*, 1955, *31*, 1542-1552. — 9. Caroli (J.), Paraf (A.), Schwarzmann (V.) : *Traitements nouveaux ou soi-disant tels de l'ascite cirrhotique et leurs bases physiopathologiques*, 1 vol., Vigot frères édit., 1952, 161 p. — 10. Dawson (A. M.), de Groote (J.), Rosenthal (W. S.), Sherlock (S.) : Blood pyruvic acid and α-ketoglutaric acid levels in liver disease and hepatic coma. *Lancet*, 1957, 392-397. — 11. Fauvert (R.) et Darnis : L'insuffisance hépatique en pathologie humaine, *in* « Les maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas », Flammarion édit., p. 53-64, 1958. — 12. Fazekas (J. F.), Ticktin (H. E.), Ehrmantraut (W. R.), Alman (R. W.) : Cerebral metabolism in hepatic insufficiency. *Amer. J. Med.*, 1956, *21*, 843. — 13. Fiebig (W.) : Cation exchange therapy for ascitis in hepatic cirrhosis. *Klin. Wschr.*, 1954, *32*, 193-196. — 14. Foley (J. M.), Watson (C. W.), Adams (R. D.) : Significance of electroencephalographie changes in hepatic coma. *Tr. Am. Neurol.*, 1950, *75*, 161-165. — 15. Foulk (W. T.), Butt (H. R.), Stauffer (M. H.), Baggenstoss (A. H.) and Gross (J. B.) : Hepatic coma. A clinical and pathologic study. *Gastroenterology*, 1955, *29*, 171-183. — 16. Frerichs (F. T.) : *Traité pratique des maladies du foie, des vaisseaux hépatiques et des voies biliai-*

res. Traduction française, 3e édit., 1877, Baillière édit., Paris. — 17. Fuld (H.) : Ueber die diagnostische verwerbarkeit von ammoniak bestimmungen im blutte. *Klin. Wchnschr.*, 1933, *12*, 1364-1366. — 18. Gabuzda (G. F.), Phillips (G. B.), Davidson (C. S.) : Reversible toxic manifestations in patients with cirrhosis of the liver given cation exchange resins. *New England J. Med.*, 1952, *246*, 124-130. — 19. Gaustad (V.) : Transient hepatargy. *Acta Med. Scandinav.*, 1949, *135*, 355-363. — 20. Hahn (M.), Massen (O.), Nencki (M.), Pawlov (J.) : *Arch. Exper. Path. U. Pharmakol.*, 1893, *32*, 161-210. — 21. Havens (L. L.) and Child (G.) : Recurrent psychosis associated with liver disease and elevated Blood ammonia. *The New Engl. J. of Med.*, 1955, *252*, 756-759. — 22. Hurwitz (L. J.), Allison (R. S.) : Recurring mental confusion after porto caval anastomosis. *British Med. J.*, 1955, 387-389. — 23. Kirk (E.) : Aminoacid and ammonia metabolism in liver diseases. *Acta Med. Scand.* Suppl. 77, 1936, 89-91. — 24. Laake (H.) : Electroencephalographic investigations of chromic hepatitis with transitory hepatargy. *Act. Med. Scandinav.*, 1954, *149*, 435-439. — 25. Lancereaux (E.) : *Traité des maladies du foie et du pancréas*, 1 vol., Paris, 1899, Doin édit. — 26. Mac Dermott (W.) and Adams (R.) : Episodic stupor associated with ECK fistula in the human, with particular reference to the metabolism of ammonia. *J. Clin. Invest.*, 1954, *33*, 1-9. — 27. Monguio (J.), Krause (F.) : Ueber die Bedeutung des NH_3 gehaltes des Blutes fur die Beurteilung der Leberfunktion. Studien am normalen, Lebergeschadigten und Eckschen Fistelhund. *Klin. Wchnschr.*, *13*, 1934, 1142. — 28. Murphy (T. L.), Chalmers (T. C.), Eckhardt (R. D.) and Davidson (C. S.) : Hepatic coma, clinical and laboratory observations on 40 patients. *New England J. Med.*, 1948, *239*, 605-612. — 29. Phear (E. A.) and Ruebner (B.) : The in vitro production of ammonium and amines by intestinal bacteria in relation to nitrogen toxicity as a factor in hepatic coma. *Brit. J. Exper. Path.*, 1956, *37*, 253. — 30. Phear (E. A.), Ruebner (B.), Sherlock (S.), Summerskill (W. H. J.) : Methionine toxicity in liver disease and its prevention by chlortetracycline. *Clin. Sc.*, 15, 93, 1956. — 31. Phillips (G. B.), Schwartz (R.), Gabuzda (G. J.), Davidson (C. S.) : The syndrome of impending hepatic coma in patients with cirrhosis of the liver given certain nitrogenous substances. *New England J. Med.*, 1952, *247*, 239-248. — 32. Piétri (H.) : Barrages veineux intra et extra-hépatiques ; étude splénoportographique des courants de dérivation et des anastomoses veineuses. *Revue Int. Hépatologie*, 1958, *8*, 65-161. — 33. Riddell (A. G.) : Changes in man and animals with portacaval anastomoses. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1955, *48*, 481. — 34. Riddell (A. G.) and Mac Dermott (W. V.) : Hepatic coma. *Lancet*, 1954, 1, 1263-1267. — 35. Schepper (de) : Les acides alpha-cétoniques sanguins ; étude clinique et expérimentale en cas de pathologie hépatique. *Revue française d'études cliniques et biologiques*, 1958, *3*, 211-220. — 36. Schwartz (R.), Phillips (G. B.), Seegmiller (J. E.), Gabuzda (G. J.) : Dietary protein in the genesis of hepatic coma. *New England J.M.*, 1954, *251*, 685-689. — 37. Schwartz (R.), Phillips (G. B.), Gabuzda (G. J.), Davidson (C. S.) : Blood ammonia and electrolytes in hepatic coma. *J. Lab. and Clin. Med.*, 1953, *42*, 499-508. — 38. Seegmiller (E. J.), Schwartz (R.), Davidson (C. S.) : The plasma ammonia and glutamine content in patients with hepatic coma. *J. Clin. Investigation*, 1954, *33*, 984-988. — 39. Seligson (D.), Mac Cormick (G. J.), Sborov (V.) : Blood ketoglutarate and pyruvate in liver disease. *J. Clin. Investigation*, 1952, *31*, 661. — 40. Sherlock (S.), Summerskill (W. H. J.), White (L. P.), Phear (E. A.) : Portal systemic encephalopathy. Neurological complications of liver disease. *Lancet*, 1954, *267*, 453-457. — 41. Sherlock (S.) : Pathogenesis and management of hepatic coma. *The American J. of Med.*, 1958, *24*, 805-813. — 42. Snell (A. M.) and Butt (H. R.) : Hepatic coma. *Tr. A. Am. Physicians*, 1941, *56*, 321-329. — 43. Stahl (J.) et Bockel (R.) : L'ammoniémie post-hémorragique, sa valeur dans le diagnostic des hémorragies digestives. *Revue française d'études cliniques et biologiques*, 1958, *3*, 593-597. — 44. Summerskill (W. H. J.), Wolfe (S. J.), Davidson (C. S.) : The metabolisme of ammonia and alpha ketoacids in liver disease and hepatic coma. *J. Clin. Investigation*, 1957, *36*, 361. — 45. Summerskill (W. H. J.), Davidson (E. A.), Sherlock (S.), Steiner (R. E.) : The neuropsychiatric syndrome associated with hepatic cirrhosis and an extensive portal collateral circulation. *Quaterly J. of Medicine*, 1956, *25*, 245-266. — 46. Van Caullaert (C.), Devilliers (C.), Halff (M.) : Troubles provoqués par l'ingestion de sels ammoniacaux chez l'homme atteint de

cirrhose de Laënnec. *C.R. Soc. Biol.*, 1932, *3*, 737-739. — 47. Walshe (J. M.) : The effect of glutamic acid on the coma of hepatic cirrhosis. *Lancet*, 1953, *1*, 1075-1077. — 48. Weil-Malherbe (H.) : Significance of glutamic acid for the metabolism of nervous tissue. *Physiol. Rev.*, 1950, *30*, 549-568. — 49. Whitehead (T. P.) and Whittaker (S. R. F.) : A method for the determination of glutamine in cerebrospinal fluid and the results in hepatic coma. *J. Clin. Path.*, 1955, *8*, 81-84.

Encéphalite pseudo-tumorale à forme hébéphréno-catatonique, par MM. R. Lanter, I. Soos, M. Khène.

Les processus encéphalitiques qui en imposent pour une T.C., et dont le diagnostic est rendu plus malaisé encore par le masque d'une psychose hébéphréno-catatonique, sont bien connus depuis les descriptions qui en ont été données, en particulier par MM. les professeurs Baruk et Dereux.

Nous avons eu l'occasion d'en observer récemment un cas qu'il nous a paru intéressant de relater en raison de certains aspects de son évolution, et des problèmes de diagnostic et de pronostic qu'il a soulevés.

Observation. — Michel, âgé de 19 ans, nous est adressé par le service de neuro-chirurgie de Colmar (Dr Woringer), avec les renseignements suivants: « Œdème papillaire bilatéral... Dilatation ventriculaire de moyenne importance... Déviation discrète de droite à gauche du IVe ventricule. A l'électro-encéphalogramme : ondes lentes généralisées aux deux hémisphères, témoignant de l'état de souffrance cérébrale. Sur le plan psychique : troubles de la série hébéphréno-catatonique, négativisme, crises d'agitation, incontinence sphinctérienne. »

Le syndrome neurologique paraît en rapport avec un processus organique de la fosse postérieure, et l'on se demande dans quelle mesure il conditionne également le syndrome psychiatrique. Il n'y a pas d'urgence opératoire, mais le neuro-chirurgien reste prêt à intervenir si le tableau d'hypertension intracranienne devait s'aggraver.

A son entrée dans notre service, à la mi-novembre, le malade est grabataire, en mauvais état général : 55 kg. pour 1 m. 73. Il présente un état d'obtusion, de torpeur profonde, une rigidité cataleptique caractéristique de la catatonie. Le contact verbal, bien que difficile à établir, est cependant possible. Les réponses sont lentes, mais suffisamment cohérentes et précises pour laisser en suspens le diagnostic différentiel d'une confusion mentale simple ou schizophrénique (forme catatonique de démence précoce). La température est normale, la tension artérielle de 13/9, l'urée à 0,30. Au point de vue neurologique, les signes d'hypertension intracranienne déjà cités s'associent à une photophobie modérée, sans céphalées ni vertiges, à de la raideur de la nuque avec ébauche d'un signe de Kernig. La station debout est difficile, la démarche traînante et ataxique, mais sans déviation latérale. L'hypotonie est généralisée avec une légère prédominance à gauche. Les réflexes ostéo-tendineux sont diminués à gauche. Le signe de Babinski est positif des deux côtés. On constate également l'ébauche d'un syndrome de

Parinaud (parésie verticale du regard), des réflexes toniques croisés du cou, une certaine maladresse dans l'exécution de l'épreuve talon-genou. Dans le liquide céphalo-rachidien, on relève : 11 cellules par mm³, une albuminose à 0,20, une glycorachie à 0,68. Le benjoin colloïdal est normal. La tension au manomètre de Claude est normale.

En résumé, un tableau neurologique intriquant à une catatonie, des symptômes de souffrance de la région mésencéphalo-diencéphalique avec réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien.

Le début des troubles semble avoir été progressif et remonte à quatre mois auparavant. Le père relate que, rentrant d'une course, il découvrit Michel, ganté de blanc, endimanché, et selon ses termes « le regard farouche », incapable de fournir une explication. Quelques jours plus tard, profitant encore d'une absence du père, Michel s'empare des économies de la maison pour aller s'acheter un scooter.

En même temps, on remarquait que le garçon souffrait d'insomnie et de troubles digestifs. Il ne s'alimentait presque plus, se contentant de boire de l'eau et du café. Il pensait qu'il allait mourir et déclara une fois : « Je crois bien que j'irai bientôt retrouver la grand'mère au cimetière. » (Celle-ci était décédée en 1954 à l'âge de 82 ans).

Le médecin de famille consulté, parla de maladie du foie, et prescrivit — inefficacement — dans ce sens, car le père jugea ce traitement inadéquat.

En octobre, à l'occasion d'une visite chez des amis, les troubles s'aggravent brusquement. Le garçon a un air hagard, « farouche » comme dit le père, et petit à petit sombre dans un mutisme stuporeux, entrecoupé de propos incohérents. Il est conduit à l'hôpital du chef-lieu, puis de là en neurochirurgie, et quelques jours après à Rouffach. On n'a signalé au cours de toute cette période ni fièvre, ni autre signe d'infection, pas davantage de traumatisme cranien récent ou ancien.

L'étude du milieu familial n'est pas sans intérêt sur le plan psychopathologique. Le lieu de résidence est un petit village des Vosges où le père, âgé de 58 ans, exerce à domicile le métier rare et désuet de brodeur. Personnalité paranoïaque, sentencieuse et égocentrique, le père s'est marié en 1937 pour divorcer quelques années plus tard, à la suite de l'abandon du domicile conjugal par la mère, lassée de son caractère acariâtre et querelleur. La garde de Michel a été confiée au père, qui l'élève seul. La mère, âgée de 45 ans, n'a pas quitté le village, où elle s'est remariée. Elle n'a pas cessé de réclamer la garde de son fils, en alléguant le manque de soins, la sous-alimentation et l'influence éducative défavorable du père. Les scènes entre elle et le père ne sont pas rares, surtout lorsque Michel va la voir.

L'enquête sociale semble confirmer ces doléances. Michel vit en vase clos, sans fréquentation de son âge, et ne prenant aucune distraction. « C'est, rétorque le père, que je ne lui donne que de bons conseils et de bons exemples. » Ayant obtenu le certificat d'études, il a appris à son tour la broderie, s'identifiant de plus en plus à son père, dont il a subi passivement l'empreinte d'autoritarisme paranoïaque.

Il n'est pas douteux que, dans l'analyse des troubles actuels du garçon, il faille tenir compte de ce contexte psycho-social assez particulier.

Evolution. — Contre notre attente, l'évolution se fit très rapidement, d'une façon quasi-spectaculaire, vers la guérison, avec disparition simultanée du syndrome psychiatrique et neurologique à l'exception de quelques séquelles (pyramidales) paraissant constituer la signature du processus encéphalitique.

Dès la première semaine du traitement, qui a consisté en la prise quotidienne de serpasil, 3 × 3 mg. + artane 3 × 1 comp., les signes psychiatriques régressent. En revanche, les signes neurologiques deviennent passagèrement plus inquiétants : le malade se plaint de vertiges, la stase papillaire augmente, la raideur de la nuque est plus marquée, les réflexes tendineux sont abolis à gauche, les réflexes toniques du cou s'accentuent, et on constate un signe de Romberg avec chute à gauche et en arrière.

L'hypothèse d'une tumeur mésencéphalique avec obstruction partielle de l'aqueduc de Sylvius et atteignant l'hémisphère gauche du cervelet, semble s'imposer.

Mais, dès la fin de la deuxième semaine, le malade, jusque-là grabataire, se lève, reprend de l'appétit et commence à participer aux activités du service. Fond d'œil gauche : l'hyperémie de la papille est plus forte qu'à droite, les bords restent flous ; le tonus musculaire reste abaissé. Le syndrome de Parinaud a disparu, mais est remplacé par un nystagmus vertical.

Le 18 décembre 1957, environ quatre semaines après l'admission, la restitution *ad integrum* est à peu près complète. Il persiste néanmoins un signe de Babinski bilatéral, un nystagmus vertical et une légère photophobie. Le malade travaille à l'atelier d'ergothérapie. Peu avant sa sortie (3 février 1958), il présentera un léger épisode hypomaniaque avec euphorie, taquineries, farces puériles. Le père assure que le garçon est de nouveau ce qu'il était avant la maladie.

Un contrôle par les tests d'intelligence et de personnalité a donné les résultats suivants : test de Wechsler-Bellevue : intelligence normale ; quotient intellectuel : 102, pas de détérioration ; test de Rorschach (16 décembre 1957) : 26 réponses en 20'. Protocole très cohérent : on ne relève de signes, ni de la série schizophrénique, ni de la série organique. Le T.R.I. est extratensif : 1/2,5. Grande sensibilité à la stimulation extérieure. Troubles du caractère.

3 G = 12 %	1 K	H = 1 } 16 %
18 D = 67 %	F = 21	Hd = 3 }
3 Dd = 12 %	F+ = 14 = 70 %	A = 10 = 40 %
2 Dbl = 9 %	F± = 1	géo = 2
	FC = 1	nourriture = 2
	CF = 2	objet = 4
	clob = 1	anat. = 1
		nuage = 1
		racine = 1
		vêtement = 1

T.M.R. = 46"

$$\frac{K\ 1}{c\ 2{,}5} = \frac{8 - 9 - 10}{N.T.} = 14 = 53\ \%$$

T.A. = Dd — Dbl — D — G.

Lors d'un examen de contrôle, quatre mois après la sortie (3 juin 1958), on s'assure que l'état de Michel reste florissant (67 kg.). Il est légèrement méfiant, susceptible et sentencieux, à l'instar de son père. Mais rien dans

son comportement ou le cours de sa pensée ne permet d'évoquer la schizophrénie. Sur le plan organique, les fonds d'yeux restent anormaux : vaisseaux tortueux avec papille normale. Il s'agirait donc vraisemblablement d'une anomalie congénitale. Le tonus, les réflexes, sont normaux, excepté les réflexes cutanés plantaires, qui tendent à persister en extension. Ce pourrait être là l'ultime résidu du processus morbide sur le plan pyramidal.

Au Rorschach : quelques modifications par rapport au précédent protocole, dépendant visiblement de l'attitude d'opposition méfiante du sujet (refus de la pl. IX). Le T.R.I. est coarté, 1°5. Les réponses « couleur » ont pratiquement disparu ; en revanche, on enregistre des réponses « estompage » (pl. I et IV), et des réponses « rocher » (assez souvent rencontrées dans les cas de dissociation familiale). Une réponse régressive assez suspecte au premier abord : « Lettre d'alphabet M » (à la pl. X), mais survenant après le refus de la pl. IX, aurait surtout (d'après Boehm), une signification d'infantilisme affectif.

26 réponses en 30' = 67" par réponse.

4 G	= 15 %	20 F		1 (H)	
19 D	= 73 %	12 F+	= 70 %	7 Ad	38 %
1 Dd		2 F±		3 A	
2 Dbl		1 K		2 rochers	
		1 FC		5 géo.	
		2 EF		1 lettre	
		1 FE		4 objets.	

T.A. = G — D — Dbl

K 1
— = —
c 0,5
h o
— = —
e 2,5

Résumé et conclusion. — Chez un jeune homme de 19 ans, on voit apparaître un état catatonique, avec signes d'hypertension intracranienne semblant déterminés par un processus organique de la fosse postérieure. Au cours de l'évolution du syndrome, l'hypothèse primitivement retenue d'une tumeur de la région mésencéphalique est abandonnée en faveur de celle d'une encéphalite œdémateuse.

Le traitement par le serpasil a-t-il pu jouer un rôle dans la régression rapide des troubles ? Il semble qu'on puisse l'admettre dans la mesure où d'autres neuroleptiques ont fait la preuve de leur efficacité dans la thérapeutique des œdèmes du cerveau.

Il nous a paru malaisé de distinguer parmi les troubles organiques résiduels (fond d'œil, Babinski) la part des séquelles de l'encéphalite et celle des infirmités constitutionnelles ou génétiques. Nous avons admis cependant que la conformation tortueuse des vaisseaux du fond d'œil était constitutionnelle, tandis que le Babinski était lésionnel.

Au point de vue psycho-pathologique, il n'est pas douteux que des facteurs héréditaires et éducatifs aient contribué à donner au tableau

clinique une allure hébéphréno-catatonique qui ne s'est pas vérifiée, tant à l'examen clinique qu'à l'investigation par le test de Rorschach. Quant au pronostic, il semble n'y avoir aucun élément permettant d'affirmer ou d'infirmer la récidive d'une poussée encéphalitique. Dans quelle mesure peut-on s'appuyer d'autre part sur un protocole de Rorschach pour exclure l'éventuelle éclosion d'une psychose de structure schizophrénique ? En tout état de cause, notre malade reste un psychopathe caractériel chez lequel on peut prévoir des réactions inadaptées aux conflits d'une existence adulte.

Syncinésies, mouvements associés et latéralisation,

par MM. J. Dublineau, B. Honoré et Mlle Th. Didon

Nous avons, avec Mme Soboul, décrit en 1957 (1) un appareillage permettant l'étude du conditionnement psycho-moteur sur les quatre membres. A l'occasion d'un cas, nous notions la présence de syncinésies susceptibles de faire l'objet de recherches ultérieures. C'est le résultat de ces premières recherches que nous apportons ici. Il concerne l'étude des mouvements associés, en fonction de la latéralisation, effectuée chez des enfants amenés en consultation dans un centre psycho-pédagogique.

Technique. — Il s'agit d'actionner, sur le vu d'un fantôme faisant office de « chef de gare », un train électrique qui démarre par pression, soit sur une poire (pour chacune des mains), soit sur une pédale (pour chacun des pieds). Quel que soit le membre qui agit, le train part. On laisse, dans ces expériences, à l'enfant, le libre choix du membre agissant. On commence l'expérience après quelques essais. Au bout de 17 à 18 minutes, soit à la moitié de la révolution du cylindre enregistreur, on fait précéder l'excitant (en l'espèce le fantôme) d'un excitant destiné à devenir excitant conditionnel (en l'espèce une sonnerie assourdie retentissant cinq secondes). Le fantôme (devenu excitant absolu de la combinaison) est présenté cinq secondes après la fin de l'excitant conditionnel, durant une période de dix secondes.

Dans cette note, nous n'envisageons que ce qui se passe lors de la première séance, en étudiant ensemble, sans les discriminer, les excitations simples et les excitations après excitant conditionnel. Les recherches ont porté sur 24 enfants, d'âges allant de 9 à 16 ans, le plus grand nombre se situant autour de 10 à 12 ans : 20 garçons, 4 filles. Ces enfants nous étaient amenés pour des troubles de la conduite ou de l'apprentissage scolaire. Les niveaux intellectuels étaient normaux.

Les enfants ont été répartis en quatre groupes : 5 étaient des gauchers anatomiques, avec une prévalence fonctionnelle gauche en général ; 4 étaient gauchers fonctionnels, mais non anatomiques, ou anciens gauchers ; 15

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1957 (II), pp. 301 et 303.

étaient droitiers anatomiques et fonctionnels (dextrie homolatérale ou croisée).

1) *Répartition des choix.* — Les choix des membres se sont répartis comme suit selon les groupes :

a) gauchers francs : 163 choix au total, se répartissant comme suit : main gauche : 47 fois (28,7 % des choix) ; pied droit : 41 fois (25,7 %); pied gauche : 38 fois (23,3 %) ; main droite : 37 fois (22,6 %) ;

b) mal latéralisés : 141 choix se répartissant comme suit : main gauche et pied droit : 37 fois chacun, soit 26,2 % pour chacun ; pied gauche : 34 fois (24,1 %) ; main droite : 33 fois (23,4 %) ;

c) droitiers : 472 choix se répartissant comme suit : pied droit : 147 fois (31,1 % des choix) ; main droite : 143 fois (30,2 %) ; pied gauche : 107 fois (22,6 %) ; main gauche : 75 fois (15,8 %).

Au total, le gaucher choisit plus volontiers la main gauche, puis, par ordre de préférence, le pied droit, le pied gauche, la main droite. Le droitier choisit le pied droit, puis la main droite, le pied gauche et la main gauche. Les sujets intermédiaires ont des choix plus également répartis : main gauche-pied droit ; puis pied gauche-main droite.

En d'autres termes, le gaucher choisit la main gauche, le droitier la refuse. Il y a égalisation chez les sujets intermédiaires.

2) *Mouvements associés en fonction de la latéralisation.* — Comme il a été dit, dans un grand nombre de cas, la réaction n'est pas simple. Non seulement, elle est elle-même souvent polycinétique, mais surtout, elle s'accompagne, pour les autres membres, soit de mouvements importants (de même envergure que les mouvements du membre directeur), soit de mouvements à peine ébauchés, ne se lisant sur le graphique que sous forme de dénivellations parfois à peine perceptibles, mais dont la valeur est authentifiée par le fait que leur apparition est liée au mouvement principal du membre directeur. Certains de ces mouvements apparaissent simultanément (syncinésies), d'autres n'apparaissent que durant les dix secondes que dure l'excitant absolu (1).

Dans l'ensemble, nous appellerons simples ou monolatérales les réactions sans mouvements au niveau des autres membres, associées, ou polylatérales les réactions intéressant deux ou plusieurs membres dans le cours de la présentation de l'excitant absolu.

Dans cette perspective, les types de réactions se répartissent comme suit pour l'échantillonnage considéré :

a) gauchers francs : 43 réactions simples sur 163, soit 26,4 % ;

b) mal latéralisés : 68 réactions simples sur 141, soit 48,2 % ;

(1) V. les graphiques publiés dans notre communication du même jour sur : « Rôle de l'inhibition conditionnelle sur l'orientation latérale et la focalisation des réactions ultérieures ».

c) droitiers : 217 réactions simples sur 514, soit 42,2 %.

Ces chiffres montrent que les réactions simples sont du même ordre de grandeur pour les « non-gauchers » pris dans leur ensemble (le critère de mesure étant le seul considéré). La différence est assez nette pour qu'on puisse conclure que, chez les gauchers anatomiques, les réactions sont en principe du type polyvalent, qu'il s'agisse de réponses syncinétiques ou de réponses induites dans le cours de la présentation de l'excitant.

Nous avons recherché si la forme (croisée ou homolatérale) de dextrie intervenait dans le cadre des droitiers anatomiques. Les 14 droitiers comprenaient 4 droitiers croisés et 10 droitiers homolatéraux. (La proportion importante de droitiers homolatéraux est à remarquer ; elle dépasse la moyenne générale d'un échantillonnage normal. En quoi on retrouve un phénomène que l'un de nous a signalé depuis longtemps, et qui tient au fait qu'il s'agissait, ici, de sujets amenés à une consultation spécialisée).

Cette remarque faite, les chiffres de réponses se répartissent comme suit :

a) droitiers homolatéraux : 155 réactions simples sur 350, soit 44,2 % ;

b) droitiers croisés : 50 réactions simples sur 133, soit 37,5 %.

En d'autres termes, jusqu'à ce jour, on ne voit pas se dessiner entre les deux groupes une différence significative. Le problème est réservé.

3) *Répartition des réactions simples et associées en fonction de chaque membre.* — L'analyse des réactions en fonction de chacun des membres conduit au tableau suivant :

Type de sujets	*Membre considéré*	*Total des réponses*	*Réponses simples*	*%*
Gauchers (5)	M.D.	37	14	37,8
	M.G.	47	3	6,3
	P.D.	41	14	34,6
	P.G.	38	12	31,6
Mal latéralisés (4)	M.D.	33	27	82,4
	M.G.	37	11	29,7
	P.D.	37	20	54
	P.G.	34	10	29,6

Droitiers (10)	M.D.	143	95	66,4
	M.G.	75	13	17,3
	P.D.	147	86	58,5
	P.G.	107	49	45,5

Au total :

1) C'est la main droite qui donne le plus grand nombre de réponses simples, avec un pourcentage de 63,8 % (136 sur un total de 213 réponses « main droite »). C'est la main gauche qui donne le pourcentage le plus faible, avec 16,9 % (27 sur un total de 159 réponses « main gauche »). Entre les deux se placent le pied droit, qui donne 53,3 % de réponses simples (120 sur 225), et le pied gauche, qui en donne 39,6 % (71 sur 179).

2) Le second point à souligner est le suivant : le phénomène est vrai, qu'il s'agisse de droitiers ou de gauchers. Le pourcentage de réactions simples est, chez les gauchers, de 37,8 à la main droite contre 6,3 à la main gauche ; chez les droitiers, de 66,4 contre 17,3 ; chez les sujets intermédiaires, de 82,4 contre 29,7.

3) Il existe toutefois une différence entre les gauchers et les droitiers, puisque, chez les gauchers : *a*) la proportion de réponses simples pour la main droite (37,8 %) est moindre qu'elle ne l'est chez les droitiers (66,4) ou les intermédiaires (82,4) ; *b*) la proportion de réponses simples pour la main gauche est plus basse (6,3 %) qu'elle ne l'est chez les droitiers (17,3 %) ou chez les sujets intermédiaires (29,7 %).

4) *Commentaires.* — Les résultats ci-dessus soulèvent plusieurs problèmes.

1° En ce qui concerne les préférences latérales, on pouvait s'attendre à ce que les gauchers choisissent surtout la main gauche. Il y a lieu de souligner toutefois qu'en l'occurrence le caractère anatomique semble plus significatif que le caractère fonctionnel pour spécifier le gaucher, à moins que des études de ce genre ne permettent de différencier, parmi les gauchers reconnus grossièrement comme tels (ou méconnus en tant que tels) diverses catégories. A ce point de vue, l'étude conjointe des réponses « pied » pourrait être suggestive. De même, il y aurait lieu de revoir le problème des dextries (homolatérales ou croisées) à la faveur de nouveaux résultats.

2° Il est surtout intéressant de se demander la raison de la prévalence des réactions (simples pour la main droite et complexes pour la main gauche).

a) L'explication la plus simple en apparence est que la gaucheté doit être considérée comme un signe d'immaturité, puisque le sujet réagit par des syncinésies et des polycinésies comme un enfant d'âge

inférieur à 8 ans. On peut d'ailleurs observer que l'enfant de cet âge est très souvent mal différencié au point de vue latéral. Chez lui, la perte des syncinésies va de pair avec l'acquisition ou la confirmation de la dextrie.

On peut également faire valoir que les états de gaucheté vont de pair avec une caractérologie impulsive, comme nous l'avons montré à diverses reprises. Mieux encore, les débuts de poussée de croissance, comme l'un de nous l'a montré également, sont marqués par un stage de renversement plus ou moins marqué de la latéralisation anatomique : le sujet devient alors transitoirement gaucher, en même temps qu'il devient plus impulsif et plus opposant.

b) En réalité, les explications précédentes ne rendent compte à notre avis des faits que de manière très imparfaite. Il y a lieu, pensons-nous, d'envisager la situation dans une autre perspective, susceptible d'inclure la précédente, mais en la dépassant.

D'abord, nous avons vu que les faits valaient, sur le plan expérimental, à la fois pour les droitiers et les gauchers, seule étant en jeu une question de pourcentage pour les différencier. Le gaucher ne saurait donc être considéré comme « le contraire du droitier », mais comme un sujet particulier, ayant avec lui son contingent, non seulement de défauts, mais d'aptitudes. C'est ce que montre d'ailleurs l'évolution elle-même. Les syncinésies du jeune enfant ne constituent des « anomalies » que par référence à l'adulte. Elles sont un état physiologique, — en tant que constant —, du premier âge.

Au surplus, cet état va de pair avec des aptitudes spéciales, en particulier une forme pseudo-intuitive des mécanismes intellectuels, qui font que l'enfant « sent » les choses sans pouvoir se les expliciter, mais avec une sûreté qui confère à cette véritable aptitude une valeur *sui generis*. De plus, l'enfant a des aptitudes réelles, liées à sa structure du moment, ne serait-ce que le sens du dessin : notion aujourd'hui banale, mais mal comprise dans sa signification profonde et sur laquelle, avec Mme Soboul, l'un de nous a naguère attiré l'attention : c'est justement le sens du dessin chez les gauchers qui peut nous servir de guide ici : le sujet perd le sens du dessin à mesure qu'il acquiert sa dextrie d'adulte. Inversement, on verra d'autres sujets, à l'occasion du stade gaucher de l'adolescence, se découvrir une aptitude au dessin que rien ne pouvait faire antérieurement prévoir.

c) Ce qui précède doit conduire à deux notions. La première, c'est que le moment de gaucheté, comme l'état de gaucher, vont de pair avec une compréhension globale intuitive, affective, des choses, différente de leur compréhension différenciatrice, analytique, intellectuelle des moments (ou des états) de dextrie. La gaucheté ne s'oppose donc pas à la dextrie ; elle en est l'élément complémentaire au sein de l'économie, en tant qu'elle est l'élément figuratif de toute une forme

de vie mentale complémentaire des formes analytiques. Sur le plan moteur, il n'est donc pas étonnant que les conduites du gaucher soient des conduites syncrétiques, ce syncrétisme étant moins un signe d'immaturité qu'une « fonction jeune », contre-balançant l'effet de la différenciation dextre, donc, en fait, du vieillissement de l'individu, dans la mesure où l'analyse est le résultat d'un frein cortical, d'un retard, de mécanismes d'inhibition et d'arrêt, d'une évolution vers la stase, la symétrie, la perte de la dysrythmie et la mort par inertie.

Le second point à retenir, c'est que la senestralité est corrélative d'aptitudes. Ce qui vaut pour le dessin vaut pour les autres formes d'aptitudes, car il n'y a pas que le dessin qui éventuellement apparaisse à la puberté. Ce sont, en fait, toutes les aptitudes qui font leur apparition. Il y a donc, à cet âge, un renouvellement du sujet. Sa fonction gauche, soit, en termes plus généraux, sa fonction affective, et, au-delà encore, sa fonction sensible, prend le pas sur l'autre. Mais une fonction sensible profonde, intéroceptive, très proche du viscéral, et comme telle, de l'organique, ce qui n'en spécifie que mieux à ce stade le caractère personnel (et « profondément personnel » au sens le plus plein du mot), des aptitudes qui se font jour. Les aptitudes naissent, pourrait-on dire alors, des entrailles. Et ce n'est pas là un vain mot. Le test de Rorschach nous montre chez ces sujets, non seulement le caractère globaliste de leurs réactions, non seulement le rythme impulsif des interprétations, mais la profondeur intéroceptive, souvent animale, de ces dernières (1).

En tout état de cause, le sujet est globaliste, mais un globalisme qui l'affirme et le dynamise en même temps qu'il le rajeunit et le personnifie. Le sujet est comme tel en tout ou rien, et c'est bien là le caractère essentiel du gaucher, ce qui fait ses réussites éclatantes ou ses échecs retentissants. Ce qui fait aussi que, dans une classe, — comme l'un de nous a pu le constater dans une école primaire de Paris, par des mensurations systématiques des mains et des pieds des enfants —, le gaucher se situe, soit aux premiers, soit aux derniers rangs, plus rarement aux places intermédiaires.

Les faits rapportés ci-dessus nous semblent donc avoir de l'importance puisqu'ils permettent de reprendre, à la lumière de l'expérimentation, d'une part l'étude des syncinésies et de leur signification profonde, d'autre part l'étude du gaucher dans une double série dialectique : celle de l'évolution motrice, celle des structures caractérologiques.

(1) En réalité, les phénomènes sont plus complexes, car il faut tenir compte, pour nuancer ce schéma, des phénomènes cortico-affectifs corrélatifs qui aboutissent, — *simultanément* —, aux phénomènes de persévération, de stase affective et de concentration passionnelle chez les mêmes sujets.

DISCUSSION

M. A. SOULAIRAC. — J'ai été très intéressé par les expériences rapportées dans la communication de M. Dublineau et en particulier par l'âge d'apparition (14 ans) d'une latéralisation fonctionnelle bien organisée. Je voudrais demander à M. Dublineau s'il a pu étudier les relations possibles entre la constitution de cette latéralisation et l'organisation du schéma corporel des sujets. Il me semble que ces deux phénomènes doivent être étroitement liés et doivent en partie dépendre de causes communes.

Rôle de l'inhibition conditionnelle sur l'orientation latérale et la focalisation des réactions ultérieures, par MM. J. DUBLINEAU, B. HONORÉ et Mlle Th. DIDON.

Nous rapportons ici l'observation d'un jeune garçon, né le 13 juillet 1947, que nous avons eu l'occasion de suivre par la technique du choix en fonction de la latéralisation, décrite par nous dans une communication antérieure (1). Nous y avons ajouté l'étude des modifications entraînées, en cours de conditionnement, par l'introduction d'excitants inhibiteurs.

OBSERVATION. — Garçon amené pour troubles du comportement, tendance aux fugues ou errances depuis le jeune âge, vols dans les voitures. Grand-père paternel suicidé. Le père a 46 ans. La mère est gauchère contrariée. Elle a 35 ans. Un frère, de 6 ans, gaucher ; un autre, de 3 ans, normal. Lui-même a eu les oreillons avec orchite. Son premier développement semble avoir été normal. A l'examen, il est gaucher anatomique léger ; main droite : 7,02 cm. ; main gauche : 7,04 cm. ; pied droit : 8,33 cm. ; pied gauche : 8,23 cm. Taille : 135,5 cm. Poids : 30,5 kg. Œil directeur : gauche. Dextrie fonctionnelle, mais antécédents de gaucheté dans le premier âge.

Au point de vue psychique (examens pratiqués par M. Le Favrais, psychologue du service), quotient intellectuel de 100 au Terman. Orthographe : 13 ans. Lecture : 11 ans 6 mois. Kohs : 12 ans. Test de l'arbre à type rétracté. Au questionnaire Woodworth-Heuyer, prévalence des tendances paranoïaques (160), schizoïdes (130) et impulsives (108), avec prévalence générale du secteur pulsionnel (398) sur le secteur émotionnel (306). Test de Rorschach : lenteur de l'adaptation à l'épreuve, temps plus marqué pour les secteurs pulsionnels (II et III) ; absence de structuration ; une certaine animation des perceptions en fin d'examen ; sensibilité chromatique réelle, mais mal intégrée, avec refus du choix pour les couleurs.

Technique. — Trois séances de 35 à 40 minutes sont consacrées : la première, durant la première moitié, à la présentation de l'excitant absolu et, durant la seconde moitié, à cette présentation précédée de cinq secondes de sonnerie (excitant conditionnel) ; la seconde séance, durant la première

(1) MÊMES AUTEURS. — Syncinésies, mouvements associés et latéralisation. *Société médico-psychologique*, séance du 7 juillet 1958.

moitié, aux combinaisons conditionnées sonores de même type et, durant la seconde moitié, à des combinaisons lumineuses (éclairement rouge du champ). Dans la troisième séance, après quelques rappels conditionnés positifs (sonores ou lumineux), on propose au sujet des excitants négatifs (métronome 200 ou lumière verte). Expériences menées en juin 1958, une par semaine

Pour la lecture des résultats, nous ne tenons pas compte ici des combinaisons non renforcées proposées de temps en temps au sujet pour vérifier l'état du conditionnement.

Résultats. — Les résultats sont les suivants :

a) Orientation du choix. — Dans la première séance, les choix, pour l'ensemble des excitations, se répartissent comme suit : main droite 8 fois, main gauche 14 fois, pied droit 4 fois, pied gauche 6 fois. Dans la seconde séance, les chiffres se répartissent comme suit : 5, 9, 0, 6.

En d'autres termes, le garçon, gaucher anatomique, ex-gaucher fonctionnel, choisit spontanément, au total, la main gauche 23 fois, la main droite 13 fois, le pied gauche 12 fois, le pied droit 4 fois.

b) Extension des réponses. — L'analyse des tracés montre l'importance des syncinésies et polycinésies chez ce garçon, surtout lors de la seconde séance. Sur un total de 51 excitations, seules 11 de ces dernières donnent lieu à des réponses sélectives et mono-latérales. Toutes les autres s'accompagnent de mouvements, — syncinétiques ou consécutifs —, dans les autres secteurs.

Sur ces 11 réponses simples, 6 relèvent de la main droite (soit 46,1 % des réponses de cette main), 3 relèvent du pied droit (soit 75 % des réponses de ce pied), 2 relèvent du pied gauche (soit 18,1 %). On n'en trouve pas une pour la main gauche.

Ces faits ne font que constituer un exemple de ceux qui sont l'objet de notre communication antérieure (plus haut citée), savoir : la rareté des réponses simples quand il s'agit de la main gauche, ce, que le sujet soit droitier ou gaucher (il est ici gaucher, au moins anatomique).

c) Action des excitants négatifs (inhibiteurs). — Lors de la troisième séance, les réponses du sujet se font au début uniquement de la main gauche. Toutes sont syn- ou polycinétiques et polylatérales. A partir de la sixième combinaison, on propose au sujet un excitant inhibiteur (lumière verte). Par la suite, les excitants inhibiteurs seront plus ou moins alternés avec des excitants positifs (sonores ou lumineux).

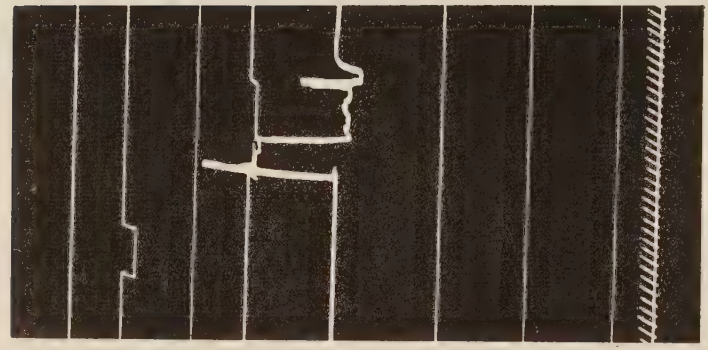

Fig. III

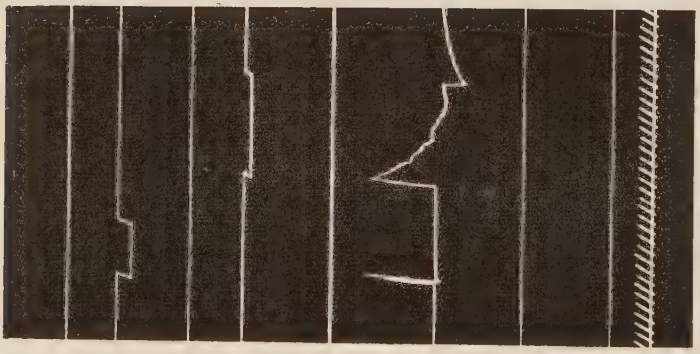

Fig. II

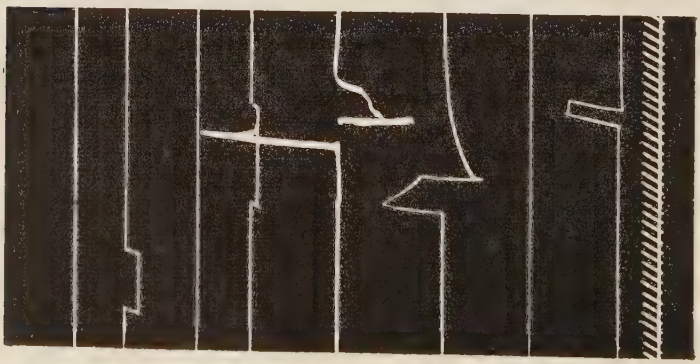

Fig. I

Fig. 1 (de haut en bas). — Ligne des excitants sonores, ligne des excitants lumineux, 2e ligne d'excitants sonores, ligne des excitants absolus, ligne des réponses main droite, des réponses main gauche, des réponses pied droit, des réponses pied gauche, temps en secondes. 5e *combinaison de la séance :* le sujet, gaucher anatomique, réagit de la main gauche, et met en jeu également la main droite, puis le pied gauche (par suite d'un léger défaut de montage, la plume de la main gauche inscrit le phénomène un millimètre trop à gauche).

Fig. 2 (pour les lignes, cf. fig. 1). — 7e *combinaison*, consécutive à une présentation d'excitant négatif (lumière verte). On note : *a*) une réponse conditionnée lors de l'excitant positif, réponse de la main gauche) ; *b*) une réponse de la main gauche à l'excitant absolu ; le caractère monolatéral de cette réponse, jusqu'alors polylatérale.

Fig. 3. — *10e combinaison :* entre la septième et la dixième, ont été présentées deux excitations négatives (lumière verte). C'est maintenant la main droite qui répond, et répondra désormais le plus souvent. La réponse est strictement limitée à la main droite.

Le tableau suivant montre le mode de répartition des excitations et des réponses pour cette troisième séance :

N° et signe des combinaisons	Nature des excitants conditionnels	Membre choisi	Nature des réponses
1 +	lumineux	M. gauche	polylat. (4 memb.)
2 +	sonore	*id.*	*id.* (4 memb.)
3 +	lumineux	*id.*	*id.* (M.D.)
4 +	*id.*	*id.*	*id.* (M.D.)
5 +	*id.*	*id.*	*id.* (M.D., P.G.)
6 —	*lum. verte*		
7 +	lumineux	M. gauche	monolatérale
8 —	*lum. verte*		
9 —	*id.*		
10 +	lumineux	M. droite	monolatérale
11 —	*id.*	*id.*	*id.*
12 —	*M 200*		
13 —	*M 200*		
14 +	sonore	*id.*	monolatérale
15 +	sonore	*id.*	polylat. (4 memb.)
16 +	lumineux	*id.*	monolatérale
17 —	*lum. verte*		
18 —	*id.*		
19 —	*id.*		
20 +	sonore	M. droite	monolatérale
21 —	*M 200*		
22 +	lumineux	M. droite	monolatérale
23 —	*M 200*		
24 +	lumineux	M. droite	monolatérale
25 —	*lum. verte*		
26 —	*id.*		
27 —	*M 200*		
28 +	sonore	M. droite	monolatérale
29 +	lumineux	*id.*	*id.*
30 —	*M 200*		
31 —	*lum. verte*		
32 —	*id.*		
33 +	lumineux	M. droite	monolatérale
34 —	*M 200*		
35 +	lumineux	M. droite	monolatérale
36 +	*id.*	M. gauche	bilatérale (1)
37 +	sonore	*id.*	*id.* (1)

Commentaires. — Au total, pour les 15 combinaisons positives renforcées qui suivent le premier excitant négatif, on a 12 réponses de la main droite, 3 réponses de la main gauche. Pas de réponses des pieds.

Sur ces 15 réponses, 12 sont des réponses simples. Une seule (cette fois à la main droite) entraîne une réaction polycinétique des autres

(1) En fait, petite réaction concomitante du pied droit en cours de réponse de la main gauche.

membres. Deux réponses de main gauche entraînent une très légère réponse, au bout de quelques secondes, du pied droit.

En d'autres termes, tout se passe en premier lieu comme si les excitants négatifs avaient transformé la prévalence gauche des réponses en une prévalence droite. Avant le premier excitant négatif, 5 réponses à gauche. Après cet excitant (suivi lui-même de temps en temps d'autres excitations négatives, tantôt sonores, tantôt lumineuses), 12 réponses de la main droite contre 3 de la main gauche.

En second lieu, tout se passe comme si l'inhibition proposée avait purifié la nature des réponses, ces réponses devenant monolatérales, tant à gauche qu'à droite, à quelques exceptions près.

Une focalisation droite, une « dextrisation » si l'on peut dire, a été ainsi obtenue par le « travail », chez l'enfant, de certaines inhibitions.

Conclusions. — L'expérience précédente montre qu'il est possible, par une intervention extérieure, de modifier le sens de réponses déterminées en principe par la structure anatomique. Des inhibitions de cet ordre sont-elles bénéfiques, neutres ou indésirables ? L'expérience montre que ce sont les inhibitions qui manquent à la plupart des jeunes caractériels. Il y a donc classiquement intérêt à développer chez ces derniers les inhibitions. Au surplus, l'expérience de la « rééducation psycho-motrice » à principe conditionnel, comme nous l'appliquons depuis plusieurs années, montre que tel est bien le maître-problème de la rééducation.

L'intérêt de la présente observation est de montrer, graphiquement, à propos d'un cas, l'évolution du phénomène inhibiteur, et d'inviter à de nouvelles recherches dans ce domaine.

Discussion

M. A. Soulairac. — Dans les expériences de conditionnement rapportées par M. Dublineau, je me demande si deux mécanismes n'interviennent pas : dans le premier type de conditionnement, il semble s'agir du type I de Pavlov et l'inhibition que fait intervenir M. Dublineau semble être une inhibition de type externe. Par contre, dans les autres expériences de conditionnement, il semble s'agir du type II de Konorski, où des variations dans la technique du renforcement ou dans le caractère positif ou négatif du stimulus inconditionnel permettent de modifier certains éléments des réponses motrices.

Une expérience sociothérapique de dix années, par P. Sivadon, H. Chaigneau et S. Tournaud

Cette communication s'inscrit dans un ensemble par lequel nous essayons de faire le point, après dix ans d'existence, du centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne. Elle s'applique plus spécialement à une institution : le « Conseil du C.T.R.S. ». A travers son étude, nous considérons l'évo-

lution sociologique et sociothérapique du service. Avant de le faire, nous rappelons quelques principes théoriques de psychologie sociale. Ensuite, pour situer le groupe dont nous devons étudier la signification et la valeur, nous décrivons le cadre général dans lequel évoluent les malades du service. Puis nous rappelons à grands traits l'historique de l'institution. Enfin, nous exposons le fonctionnement de la réunion. C'est en dernier lieu que nous ferons quelques considérations dogmatiques, à la lumière de l'analyse de quelques comportements.

*
**

Le psychologue, quoi qu'il fasse, lorsqu'il étudie l'homme, ne peut étudier que le comportement d'un homme social.

Les études de psychologie sociale révèlent qu'on ne saurait établir de distinction théorique entre « un champ social » et un « champ non social ».

Le « champ psychologique social » est caractérisé par la présence d'autres personnes (qu'il s'agisse d'une présence réelle, effective, ou que cette présence soit simplement représentée dans les processus psychologiques en rapport avec ces personnes).

Inversement, la présence physique d'autres personnes auprès du sujet considéré n'implique pas qu'elles soient « psychologiquement » présentes pour le sujet. Les « personnes-objets » ont des qualités particulières, et ce ne sont pas forcément des êtres humains.

Par la notion de « champ dynamique » on entend que « les changements qui se produisent en un seul point gagnent tous les autres points (du champ), ce qui entraîne des processus incessants de rupture et de rétablissement des relations ». Si le comportement de l'ensemble, dans un tel cas « semble régi par des lois, c'est qu'un grand nombre (d'individus) sont en étroites relations de proximité spatiale et temporelle et qu'ainsi chaque individu a la possibilité de stimuler les autres et d'être stimulé par eux ». C'est le cas pour une colonie de fourmis.

Lorsqu'on étudie l'homme, on peut parler de « dynamique de champ » quand il s'agit du « champ psychologique » d'un individu, parce que, précisent Krech et Crutchfield, « les effets dynamiques peuvent être rapportés à un champ physique, le champ cérébral du sujet percevant ». Les mêmes auteurs considèrent que ce serait « manquer de sens critique » que « d'appliquer au champ social des notions valables pour le champ psychologique », et se refusent, si l'on parle de champ social « comme s'il s'agissait d'un champ dynamique », à « insinuer que des effets réels se propagent dans le milieu (constitué ici par des espaces qui séparent les uns des autres les membres du groupe) ». Nous sommes volontiers moins rigoureux qu'eux sur ce point.

Par « groupe », on entend deux ou plusieurs personnes entre les-

quelles il y a « des relations psychologiques, explicites et réciproques ».

*
**

Dans une aire correspondant à celle de l'hôpital entier se meuvent la plus grande partie des 300 malades qui résident dans six pavillons disposés en enfilade classique. Cinq d'entre eux ont les portes ouvertes. Seul le pavillon IV est encore fermé. Le hall commun aux pavillons III et IV constitue un véritable relais social : c'est le bar où ont lieu de façon habituelle des échanges sociaux intéressant tout l'hôpital et même l'extérieur.

La plus grande part des ateliers constitue un autre foyer d'échanges. Situés à l'extrémité distale du service par rapport aux bâtiments administratifs, ces ateliers sont, pour une part, extérieurs aux lieux d'hébergement. Ils sont couronnés par le terrain de sports, qui précède un petit bois et des jardins. Dans ces ateliers on fabrique des objets qui sont vus des visiteurs extérieurs et pas seulement des médecins, des objets qui sont examinés, admirés, commandés, évalués, vendus.

Très différents sont les ateliers tels que ceux des pavillons IV et V, foyers d'une sélection qui se fait à l'intérieur même du pavillon.

Quand nous aurons dit que le pavillon I est celui de la cure de sommeil, que le II voit fréquemment, dans sa salle de séjour, se rassembler des groupes de visiteurs étrangers auxquels sont données des explications sur le service, nous aurons brossé à grands traits ce qui nous paraît essentiel pour la compréhension de notre technique : la description des instruments de brassage, des centres d'attraction, des carrefours.

Les malades dont nous parlons sont en rapport avec tous les lieux, personnes et objets que nous venons de citer, éléments dont la diversité, la mobilité, les mutations, comme aussi les reproductions rythmiques, interfèrent avec d'autres éléments plus fixes : par exemple l'architecture et le mobilier ; ici reliquat archaïque : vieux dortoirs, lits sans table de nuit, là humanisation, différenciation, par des aménagements modernes : dortoirs boxés, fractionnés, meubles divers.

*
**

L'ancêtre du Conseil du C.T.R.S. fut le premier délégué, élu par les malades, au pavillon II, pendant le mois d'août 1948. A cette époque, existaient depuis quelques mois les premières activités : six ateliers fonctionnaient. Représentations théâtrales, camping, manifestations sportives, conférences des malades à leurs camarades, avaient été organisés. En août 1948, la psychologue-hôtesse étant en vacances, les malades craignirent de voir s'éteindre toutes ces créations ; ils éli-

rent un délégué : « C'est à la fois, écrivaient-ils, le mandataire de ses camarades auprès du corps médical, et l'animateur du pavillon. »

En avril 1949 apparaissent de nouveaux délégués : aux ateliers, au ravitaillement, aux services généraux. En septembre 1949, l' « historien » d'alors relate que pour la première fois les délégués sont reçus par l'économe de l'hôpital. A cette époque, les réunions de masse hebdomadaires conduites par le médecin cèdent la place à deux institutions : réunions de délégués dans le bureau du médecin ; réunions de pavillon hebdomadaire sous la présidence d'un interne.

C'est en mars 1950 que se structure le Conseil du C.T.R.S., qui rédige ses statuts. Jusque-là n'ont cessé de se développer des activités diverses, en particulier le journal « Le Tremplin », dont le premier numéro parut en mars 1948.

On le voit : la différenciation des activités, la diversification des modes de vie, vont de pair avec la formation et la structuration de sous-groupes.

Les institutions récentes ont une valeur et une fragilité particulières : ainsi, en l'absence de l'hôtesse, dont le rôle en 1950 est plus directif qu'à présent, se détache un individu capable de dominer, et désigné par les autres pour protéger le bien récemment acquis. D'autre part, les réunions du Conseil se font dans le bureau du médecin : à huis clos, dans l'enceinte propre au personnage puissant et tutélaire.

Ce n'est que beaucoup plus tard que la réunion du Conseil des malades se tiendra, chaque mardi, dans un coin de la salle de séjour du pavillon II ouverte à tous : les débats du Conseil sont publics, mais seuls les délégués régulièrement élus ont légalement la parole.

Les délégués sont au nombre minimum de sept : le délégué général et six délégués de pavillon. On favorise au sein des réunions hebdomadaires de pavillon l'élection de délégués adjoints, de sorte que le groupe peut atteindre une douzaine de membres. Il tient, le lundi, une réunion dite préparatoire. Le mardi, à 11 heures, il se dispose en fraction de cercle, d'un côté d'une grande table rectangulaire. De l'autre côté de la table sont les thérapeutes : le psychiatre entouré de l'hôtesse et du surveillant général. Le délégué général préside la réunion, dont le contenu verbal a deux objets principaux : les revendications, énoncées par pavillon, et les activités et distractions de la semaine. Si l'énoncé des revendications et des distractions donne, au cours de certaines réunions, une impression de variété, de mobilité, leur thème, en fait, se reproduit cycliquement. Il y a toujours des époques où l'on proteste contre la nourriture, ou contre l'état des appareils sanitaires. Mais il est un certain nombre de variantes, en rapport avec l'époque historique, l'organisation des traitements, le mode de recrutement, et consécutivement la manière dont sont mises en présence les différentes psychoses.

Dans une première période de fonctionnement du service, les malades explicitent leur action par opposition aux vieilles traditions

asilaires avec lesquelles ils sont en train de rompre. Ils écrivent leur histoire, c'est « l'époque héroïque » (1950). Plus tard, en 1952, la rédaction de la chronique du service cesse. C'est peut-être la vérification de l'adage qui prétend que les gens heureux n'ont pas d'histoire ; c'est peut-être aussi, à quelques mois près, le commencement du règne de la chlorpromazine.

Jusqu'en 1956, nombreux sont les schizophrènes élus délégués et le restant longtemps, pendant toute la durée de leur psychothérapie individuelle. En 1956, le mode de recrutement des malades s'étant modifié (secteur), une partie non négligeable d'éthyliques est appelée au pouvoir. On assiste à des interférences de revendications sur un mode nouveau : les éthyliques formulent des demandes de matériel, et mettent volontiers en avant l'excellence de leur participation aux aménagements du service. Les schizophrènes ont une réaction de retrait, puis se lancent, eux aussi, dans les « techniques de nettoyage ».

Abordons la technique de la réunion.

Le nombre, la place des participants, la présence d'objets inanimés sont d'une grande importance. L'autorité du délégué général est fonction de plusieurs facteurs dont l'importance réciproque varie suivant les situations : l'ancienneté, la compétence personnelle entrent en cause, mais aussi le degré d'investissement d'autorité des délégués dans leur pavillon respectif ; c'est dire que la régularité et la fécondité des réunions de pavillon trouvent leur écho direct dans la réunion du Conseil. L'attitude du thérapeute peut confirmer ou infirmer l'autorité du chef. Plus cette dernière est fragile, moins l'intervention verbale est opportune. Dans un tel cas, la place même occupée par le thérapeute par rapport au délégué général peut être décisive et, s'il veut voir progresser l'autorité et la confiance du malade aux yeux des autres, il lui faut, souvent, se placer en retrait.

La présence ou non d'un cendrier sur la table est un exemple du rôle des objets : le cendrier est, pour les schizophrènes, un véritable médiateur du contact. Combien de fois avons-nous observé certains schizophrènes, économisant leur cendre au creux de leur paume, puis, un beau jour, utilisant enfin le cendrier commun.

Disons un mot des interactions des psychoses.

Sur le plan de l'investissement de l'agressivité (1), on observe divers mécanismes : les manifestations d'agressivité individuelle sont, tantôt exprimées sur un mode personnel, tantôt sous le couvert d'une revendication de groupe. Elles peuvent être diversement accueillies par l'équipe, soit qu'elles donnent lieu à un dialogue résolutif ou inachevé entre deux individus, dont les autres restent les spectateurs patients, rarement passifs, soit que l'équipe assume la revendication et demande satisfaction par la voie légale, soit enfin qu'on assiste à

(1) Cf. P. Sivadon. — *Evolution psychiatrique*, 1956, I, p. 357.

une véritable contamination avec décharge agressive en masse, qui peut à elle seule avoir une valeur cathartique.

Un autre plan à considérer est celui de l'investissement des réalités.

Tel schizophrène fut d'un comportement autistique sans faille pendant des mois, malgré toutes les thérapeutiques mises en œuvre, jusqu'au jour où il fut élu délégué de pavillon : il se prêta alors, le mardi, à l'exposé des revendications, présenté à son tour et sans aucun commentaire. Changé de pavillon, donc « rentré dans le rang », il fut appelé un jour à représenter provisoirement ses camarades : « Je ne suis pas délégué », fut sa réponse, manifestant ainsi sous cette rigidité psychologique le regret de la fonction perdue, et en même temps, le désir d'une situation permissive d'activité ; en effet, parallèlement, ce malade se mit à rendre des services autour de lui, à accepter des tâches.

Très remarquable est habituellement l'attitude du groupe à l'égard du comportement anormal d'un individu : discours délirant, bizarrerie. Les membres du groupe sont tacitement d'accord pour corriger ou neutraliser le comportement du personnage en cause, soit en apportant une diversion dans le discours, soit en l'invitant à se taire, soit en le rassurant, soit même en lui conseillant « de dire cela à son médecin ».

*
**

Si nous avons ramené essentiellement cette communication à l'étude d'une institution, c'est parce qu'à elle seule, elle nous permet les observations et les considérations suivantes :

Tout service psychiatrique représente un « champ social » qui évolue différemment suivant qu'il est étudié, cultivé, contrôlé ou non.

Tout malade mental reste un être social. Ne le considérer que par rapport au groupe serait faux et dangereux, mais négliger cet aspect risque fâcheusement de priver le malade d'une maturation qui peut s'effectuer à la faveur des modifications de son vécu dans le groupe.

L'intervention thérapeutique méthodique dans les conduites sociales à l'intérieur d'un service remet sans cesse en question toutes ses institutions et tous ses rouages.

Par exemple, la protestation épisodique des malades d'un groupe contre l'oppression des infirmiers ne prend tout son sens, sur le plan thérapeutique, que si l'on dépasse, après l'avoir interprété en réunion d'infirmiers, le sentiment d'insécurité qu'elle exprime.

C'est à ce titre seulement qu'une institution sociothérapique, quelle qu'elle soit, mérite d'être considérée comme un instrument de soins sérieux, contemporain de tous les autres instruments, et non comme une attrayante façade de « scoutisme élargi » ou d' « activisme », qui serait non seulement sans effet thérapeutique, mais dangereuse, car, en masquant les tensions, elle serait propre à entretenir une « bonne conscience » illusoire.

C'est pourquoi notre conclusion tiendra dans une seule considération : si l'on a, à plusieurs reprises, entendu des psychiatres parler de la sociothérapie comme d'une institution « vicariante », essayant, sans y parvenir, de pallier les carences de moyens de soins sur le plan individuel, et si l'on a entendu dénoncer le danger des abus de cette technique au détriment des autres, il est temps de verser notre témoignage à l'actif de cette position critique.

La sociothérapie est un moyen de soins qu'il paraît logique d'utiliser dans toute collectivité de malades mentaux, en vertu même de la nature sociale de l'homme. Elle est un moyen de soins au milieu de tous les autres. Bien plus, elle ne prend plein sens et plein rendement que dans la mesure où sont mis en œuvre comme il convient les traitements individuels, et où sans cesse, par des réunions et des recherches, sont vérifiées les techniques de tout le personnel soignant.

C'est dire le double caractère obligatoire de ce personnel : qu'il soit compétent, qu'il soit en nombre suffisant. On ne fait pas de la sociothérapie tout seul.

Discussion

M. Leconte. — Nous devons naturellement être reconnaissants à ceux qui, plus ou moins tôt, viennent exposer dans notre Société leur conception et leurs efforts. Nous n'étions pas toutefois sans les connaître, grâce à la lecture de différents journaux, et notamment du *Parisien libéré*, où nous avions appris qu'à Ville-Evrard c'étaient les « fous » qui dirigeaient l'asile (1).

Bien que cet article ait été avalisé sans protestation, nous avions pensé qu'il pouvait y avoir quelque exagération. Nous voulions poser quelques questions à Sivadon, notamment sur le vote des malades, pour le conseil du C.T.R.S. Mais la lecture d'un texte du Dr Tosquelles sur la façon de sortir éventuellement ses candidats nous a pleinement rassuré à cet égard.

Qu'on en juge :

« ...Si, d'après mon expérience, il y a des quartiers dont les élections sont l'occasion d'une réunion d'ensemble, où le médecin peut orienter la séance vers la discussion de troubles du caractère, ou l'accrochage d'un paranoïaque, sous forme typiquement démocratique, il y a des quartiers où les malades ne peuvent être réunis que par groupe de 10 à 12 et on s'étonne alors que la simple présentation des candidats et la discussion qui s'ensuit puissent provoquer des réactions les plus inattendues pour le médecin, et des virages de conduite spectaculaire. Il va sans dire que, sans besoin de « truquer » les résultats, il est toujours possible à un gouvernement digne de ce nom — et le médecin doit en être un — de faire sortir l'ensemble de « ses candidats » en adoptant le système électoral à ses visées. » (2).

La communication de Sivadon étant consacrée à la sociothérapie, nous

(1) *Le Parisien libéré* du 17 octobre 1957, *Science et vie :* Les fous en liberté, mars 1955 ; *France-Soir :* La folie dans ses murs, du 18 au 25 novembre 1955.

(2) *L'Evolution psychiatrique*, juillet 1952 : Compte rendu d'une réunion du 9 septembre 1951 à Bonneval, sous la présidence des Drs Aujaleu et Ey, avec la collaboration de MM Daumézon, Sivadon, Tosquelles et autres.

commencerons par rappeler les propos d'un ancien socialthérapeute : le Dr Daumézon, dans un texte qui ne manque pas de saveur (1).

« ...D'abord, qu'est-ce qui se cache derrière ce mot mal formé né d'un accouplement contre nature d'un mot latin et d'un grec ? Pour ma part, je pense bien ne l'avoir jamais employé, pas plus que celui d'ergothérapie, plus orthodoxe dans sa structure philologique, mais tout aussi chargé de mystification.

« Les premiers que j'ai entendu l'utiliser autour de moi furent, je m'en excuse auprès d'eux, car je les aime bien, l'économe et le receveur de l'hôpital : « Monsieur le Directeur, pour votre ergothérapie... », dans leur respect ambivalent pour l'autorité médicale, ils croyaient de bon ton d'employer des mots savants. Déjà les comiques grecs, avant Molière, ridiculisaient le médecin en lui prêtant des mots pédants... Puis ce fut le Préfet : « Alors, Docteur », on nous a dit que vous aviez le meilleur atelier d'ergothérapie » ; finalement, pavé de l'ours, ce furent des circulaires qui adoptèrent ces mots barbares. »

Et le bon médecin, dans son asile, de se dire : « Je ne dois pas être en retard, moi aussi, je dois faire de l'ergothérapie, de la sociothérapie.

« Daumézon, avec les centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active, forme des ergothérapeutes en dix jours et pour toujours. Je lui envoie quelques infirmiers, de ces jeunes exaltés dont l'ardeur inquiète mon sage surveillant ; au retour ils feront un atelier et nous ne serons pas en retard sur les plus modernes des C.T.R.S.

« Les infirmiers sont partis, ils sont revenus. " Alors vous faites un atelier ? " Les meilleurs, les plus conscients, ceux qui avaient entendu l'enseignement ont trouvé des excuses ; les plus exaltés se sont précipités et, depuis, quelques malades font du raphia ou des camions en bois, de la reliure ou de la vannerie... A Noël, on a fait un Arbre de Noël décoré selon quelques trucs de colonies de vacances ; si l'on est dans un asile qui compte quelques déséquilibrés, on peut aller jusqu'au journal. Notre collègue est satisfait lors de la visite par une autorité quelconque... »

Par conséquent, si le mot mystification a pu intervenir dans les appréciations, que chacun peut commencer à poser sur la sociothérapie telle qu'elle est pratiquée dans certains services, nous n'en aurons en tout cas ni le mérite, ni le premier tort.

Ce que nous voulons surtout dire, surtout dégager à propos de cette communication, sur laquelle nous estimons devoir faire des réserves, c'est qu'il y aurait un danger scientifique et, l'avenir le dira peut-être, médical, que, à la faveur de la propagande sociatrique, le dirigisme ministériel, qui va s'aggravant, puisse devenir de plus en plus impérieux au détriment de la véritable science psychiatrique.

Il y a probablement plusieurs façons de faire son service et de nombreuses méthodes sont surtout valables du fait de la personnalité du chef qui adapte celui-là à sa convenance. C'est donc surtout un appel au respect de la liberté de conduire médicalement ou non son service que nous estimons devoir faire à l'occasion de la communication de Sivadon, dont les efforts ne sont nullement visés, mais dont un certain nombre de résultats nous peuvent paraître contestables ou en tout cas doivent être contestés lorsqu'il s'agit de mettre en garde contre les circulaires qui se succèdent et les statistiques qui les ont inspirés.

Nous en citerons seulement trois exemples : la plus récente est celle sur l'ergothérapie, où le Ministère ne s'est pas contenté de mettre au point la solution de certaines difficultés administratives qui pouvaient surgir, mais a nettement pris doctrinalement position par des invitations impérieuses, insistant sur la nécessité pour les chefs de service de développer celle-ci.

(1) A propos de la sociothérapie (par le Dr Daumézon) : *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, n° 1, 1957,

Les mêmes remarques peuvent être apportées à un imprimé sur les alcooliques, dont on nous a proposé la distribution.

C'est le cas également de la circulaire, insistant sur la nécessité d'étendre les congés d'essai. Or, personnellement, nous trouvons ce point très contestable, de nombreux congés d'essai correspondant à une véritable cure d'entretien à domicile de la psychose.

Nous sommes personnellement de plus en plus éloigné d'admettre le traitement à domicile de malades mentaux relevant réellement de la loi de 1838. Les nombreux drames dont la presse a parlé ne sont pas faits pour changer notre opinion.

On a développé le traitement des tuberculeux à domicile, mais récemment le professeur E. Bernard a jeté de son côté un cri d'alarme, car on observe une recrudescence de la primo-infection de l'enfance, et en psychiatrie, si les dangers sont d'une nature différente, ils n'en sont pas moins certains, soit pour la sécurité des personnes, soit pour la conduite du traitement lui-même.

De belles statistiques ont été souvent obtenues par la sortie prématurée des malades, et tant que la science psychiatrique ne sera pas plus avancée, il s'agit là de méthodes qui relèvent strictement de la conscience et de l'expérience individuelle des chefs de service.

Nous continuons à douter que le résultat soit aussi extraordinaire qu'on l'a laissé entendre de divers côtés. Nous nous bornerons à citer trois auteurs particulièrement versés en sociothérapie et dont deux sont à la tête de C.T.R.S., à savoir les Drs Sivadon, Le Guillant, Ueberschlag.

Ils montrent l'influence du choix ou de l'élimination de certaines catégories de malades sur les statistiques, et nous ne pensons pas que l'on puisse nier, à la lecture des textes mêmes de leurs auteurs, que les malades que les C.T.R.S. ont « accueilli » pour prôner leurs méthodes soient qualitativement et quantitativement les mêmes malades que ce que les autres ont « admis ».

Dans son article, sur une réalisation d'Assistance psychiatrique (1), Sivadon nous apprend que ne sont entrés dans son service depuis de nombreuses années :

1° que des assurés sociaux ;

2° qu'à partir de 1949 n'ont plus été acceptés les malades ayant été traités dans un autre service psychiatrique au cours des six derniers mois. C'est alors d'ailleurs que la statistique a été particulièrement embellie et nous savons, pour en avoir reçu passablement, combien ne sont pas rares finalement les malades qui se font interner après échecs multiples dans des maisons de santé, des services d'hôpitaux, voire même de services sachant se débarrasser des « mistigris » de la psychiatrie ;

3° que son service a été vidé d'au moins 200 malades, pour lesquels sans doute un pronostic définitif avait été fâcheusement établi.

Nous sommes convaincus que si des confrères d'une autre école avaient pu également choisir leurs malades, consentir à vider leur service d'une grande partie de ses effectifs, dits chroniques et soupçonnés d'incurabilité, ce qu'en ce qui nous concerne nous nous refusons à faire en aucune façon, leurs statistiques auraient pu être fatalement aussi flatteuses.

Sivadon nous apprend qu'en 1947 le pourcentage des sorties est de 49 %. En 1948, il s'élève à 64 %. En 1951, il est à 77 %, et semble avoir plafonné aux environs de 80 %.

C'est devant ces résultats qu'à titre personnel furent accordés des C.T.R.S. au Dr Le Guillant ainsi qu'au Dr Ey, dont il est parlé dans le même article.

(1) Une réalisation d'assistance psychiatrique hospitalière. Le centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard. *Annales médico-psychologiques*, octobre 1952.

A notre tour, nous ferons appel à un texte du Dr Le Guillant lui-même. Ce texte, déclare-t-il, avait pour but précisément de répondre à certaines critiques malveillantes tendant à contester la portée des résultats obtenus par les services dits « de plein traitement », avec la collaboration des Caisses de Sécurité sociale (1).

Dans cette même statistique, Le Guillant signale qu'il n'a pas de malades à la date en question au-dessus de 60 ans. Plus de 40 % ont dépassé cet âge dans mon service. C'est pourquoi depuis cinq ans nous insistons auprès de l'Administration sur le fait qu'on ne peut comparer les méthodes sans s'assurer qu'elles portent sur des cas identiques et qu'une assistance organisée sur des erreurs risque de décevoir. Le Guillant a d'ailleurs très bien prophétisé ce qui s'est effectivement passé dans les autres services.

Tel est le cas du nôtre d'ailleurs :

« Ce n'est pas, déclare le Dr Le Guillant, 59 % de malades plus ou moins chronicisées que nous recevrons bientôt dans nos services, mais exclusivement de pareils malades : les rechutes de schizophrénies, les psychoses chroniques, les victimes de la psychochirurgie, les aliénés difficiles, les idiots et les déments... »

Nous avons demandé, à diverses reprises, qu'on vienne le constater.

Dans ses préliminaires, Le Guillant se défend également d'avoir des malades différents des autres services, mais reconnaît que la seule convention passée avec son collègue de l'admission était « les éliminations des démences séniles avancées et des arriérations profondes ».

Nous allons voir rapidement les répercussions des diverses éliminations de certaines catégories de malades mentaux qui en ont résulté ; ce qui nous a d'ailleurs quelquefois fait dire de certains services que leur règle d'admission était : « Envoyez-nous des malades curables, et nous vous les guérirons. »

L'attitude attendrie de l'Administration pour les services à haut « rendement » nous ayant fait craindre pour le perfectionnement et l'aménagement de notre propre service, nous avons eu la curiosité de comparer également, en vue de renseigner la Commission de Surveillance, nos propres séries de malades dans les premiers mois de 1956.

Sur ces cent entrantes, Le Guillant déclare :

1° que le service ne reçoit pratiquement plus de malades au-dessus de 60 ans, donc 0 % ;

2° que 63 % sont au-dessous de 40 ans ;

3° que 84 % sont au-dessous de 50 ans.

Remontant dans notre service, pour un même groupe de cent entrantes, à partir du 16 avril 1956, nous avons constaté que 19 % seulement avaient moins de 40 ans au lieu de 65 % chez Le Guillant ; que 39 % seulement avaient moins de 50 ans au lieu de 84 % chez Le Guillant et que sur les 31 malades restantes, toutes étaient des rechutes ou des malades traitées déjà par ailleurs. Les seules qui échappaient à ce lot étaient des malades qui totalisaient de 60 à 80 et quelques années.

Un autre établissement a connu également la vedette de la grande presse et l'apparence d'un haut rendement. C'est l'hôpital institutionnel de notre ami Ueberslag (2).

Notre collègue approfondissant le problème, a eu la grande honnêteté de

(1) Le Guillant, Pariente. — Remarques à propos d'un groupe de cent entrantes dans un service fermé de la Seine. *Information psychiatrique*, année 1953, page 252.

(2) Ueberslag. — Contribution à l'étude de l'indifférenciation frappant les malades mentaux hospitalisés. *Annales médico-psychologiques*, janv. 1950.

publier à son tour un article dont nous extrayons le passage suivant et qui mérite également de faire réfléchir :

« ...Nous faisons volontiers l'aveu de notre stupeur humiliée à la vue de ces chiffres.

« Ainsi, nous qui, à Lannemezan, rejoignions les statistiques hospitalières les plus en vue, grâce au nombre apparemment consolant et glorieux de nos 269 sorties, soit 78 % des 341 entrées (dont 98 rentrées), nous continuions en réalité à héberger une proportion de 68 % de malades internés depuis plus de trois ans, et 18 % internés depuis plus d'un an, et promis pour les trois quarts au même destin que les précédents... »

Nous avous insisté sur la répercussion de l'inégalité de la répartition des malades dans les différents services des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Nous savions qu'en ce qui concernait le nôtre, il était voué visiblement, à deux ou trois années près, à un immobilisme qui ne devait pas pour cela faire sacrifier les déshérités devant y séjourner plus longtemps qu'ailleurs.

Nous estimions qu'il était incompatible à notre conception du rôle d'un médecin de nous refuser à apporter notre sollicitude à des cas désespérés, quelquefois en apparence seulement, en les déportant, ou en les évinçant d'une manière ou de l'autre.

La relève de notre démonstration a été prise récemment par certains de nos collègues précisément enclins à adopter les méthodes sociothérapiques et sans doute inquiets parce que la nature des cas qui commençaient à leur être adressés allaient en relever de moins en moins.

A la Sous-Commission de Surveillance de Maison-Blanche du 3 décembre 1956, nous notons en effet les observations suivantes du Dr Mignot :

« M. Mignot fait observer que les entrées dans son service pour l'année 1956 sont de : 90 malades de plus de 70 ans sur les 320 entrantes, soit approximativement le tiers.

« *Conclusion :* En un an, 30 lits de plus ont été occupés par des plus de 70 ans. A cette cadence, en trois ans, un pavillon entier deviendra pavillon de vieillards. S'il en est de même pour l'ensemble des autres sections, en douze ans l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche deviendra un hospice de vieillards. »

La comparaison avec les chiffres des C.T.R.S. est donc aveuglante. L'autodéfense contre le recrutement de malades plus aisément sortables des C.T.R.S. semble nettement s'exprimer dans un autre passage des déclarations de notre collègue :

« Le Dr Mignot parlant de la répartition de malades venant du service de l'admission de Sainte-Anne, insiste sur le fait que les vieillards sont absorbés par Maison-Blanche, après refus des autres établissements, Vieille-Eglise et Saint-Maurice par exemple qu'ils ne sont pas tenus de les prendre. Il préconise une répartition géographique des secteurs qui présente l'avantage d'une répartition équitable. Le Dr Mignot " souligne à ce sujet que les sortantes sont remplacées par des malades dont l'état de santé ne permet pas l'application des nouvelles techniques de guérison ". »

Ainsi donc, on ne peut mieux souligner qu'il ne s'agit plus d'adapter les thérapeutiques aux malades qui vous échoient, mais de recruter des malades adaptés aux thérapeutiques que l'on prône.

En ce qui nous concerne, il nous semble qu'il s'agit là d'une tendance à spécialiser son service, et nous n'y voyons pas d'inconvénient. Mais alors, la doctrine des secteurs va à l'opposé de celle de services spécialisés selon les âges, les cas et les méthodes.

Pour conclure, nous pensons que la doctrine sociatrique repose sur une doctrine sociale erronée de la psychiatrie et qu'en tout cas la question de la durée du traitement mise à part, au moins pour le premier internement, si des malades tout frais avaient continué à être confiés indifféremment à

tous les autres services, des résultats semblables n'auraient sans doute pas manqué d'être sensiblement égaux.

Certains prétendent que nous sommes mal informés. Nous nous sommes cantonnés à utiliser les textes de l'école dont nous contestons que les résultats thérapeutiques puissent être admis sans réserve quant à leur portée en regard de tous les facteurs qui devraient être pris en considération.

Mais, par surcroît, nous tenons à insister sur la nécessité de voir nos supérieurs administratifs respecter la liberté de conduite médicale d'un service. Chacun est libre de préférer un laboratoire à un bar, une laborantine à une hôtesse. Mais, en tout cas, des régimes alimentaires devraient être instaurés depuis longtemps dans les hôpitaux psychiatriques et je répondrai à Follin qu'il serait en effet inouï de voir un médecin des hôpitaux soigner un ictère avec de la crème au chocolat, mais que c'est ce qui se passe précisément dans les hôpitaux psychiatriques quand, un jour férié, le cuisinier en a décidé ainsi.

M. S. Follin. — Je voudrais intervenir à ce point du débat pour préciser quelques questions soulevées par la très importante communication qui vient d'être présentée.

Un premier point : je comprends mal que l'on puisse opposer la thérapeutique biologique et la thérapeutique psychologique et sociale. Il n'existe aucune contradiction entre elles, et la pratique démontre qu'il n'y a aucune thérapeutique biologique moderne qui ne puisse être correctement appliquée dans un service dont l'organisation est sociothérapique.

D'autre part, il faut nous méfier des mots et en particulier ne pas confondre l'hygiène mentale et ce que l'on a pu appeler sociothérapie. Il faut bien dire que les conditions d'assistance et de traitements imposées aux malades et à leur médecin sont rigoureusement anti-hygiéniques sur le plan de la spécificité des maladies mentales. Toutes proportions gardées, ces conditions me font un peu penser à ce que serait le traitement des ictères dans un service où la consommation de crème au chocolat serait obligatoire pour tous. Lorsque l'on a 600 malades dans un service construit pour 300, qu'on est seul médecin ou presque et qu'on ne dispose même pas de l'effectif infirmier réglementaire, on se trouve, sur le plan de l'hygiène mentale, dans des conditions identiques. Pour que les conditions normales d'hygiène mentale soient respectées, il faut le minimum d'espace vital pour chaque malade et le personnel de soins.

Mais l'hygiène n'est pas, en soi, un traitement ; or, nous avons affaire à des malades du cerveau dont la particularité est que leur maladie se manifeste par de profondes altérations des rapports du sujet avec le monde et avec autrui en particulier, et de la conscience qu'ils ont de leur propre personne. Le problème se pose, par conséquent, d'un traitement appliqué à ce niveau spécifique des altérations fonctionnelles que nous avons à guérir, c'est-à-dire, de l'organisation et de la direction des rapports humains et de l'affectivité des personnes malades vivant dans le service dont nous avons la charge. Il est absolument impossible que ces rapports puissent être organisés et traités de façon thérapeutique dans un service dont les conditions d'hygiène mentale ne sont pas respectées.

Dans mon service actuel, je me suis refusé systématiquement à mettre sur pied une organisation du type qui vient de nous être rapportée, et dont pourtant je suis un des artisans à l'origine. Créer, en effet, une organisation telle que les malades prennent en charge, eux-mêmes, sous la direction du médecin et de ses collaborateurs, l'organisation de la vie hospitalière, entraîne nécessairement des tensions qui, dans un service anti-hygiénique, seraient absolument incontrôlables, et iraient à l'encontre des buts que l'on se serait proposé.

Par contre, cela me paraît être nécessaire, compte tenu de la spécificité des

malades que nous avons à traiter dans un service comme le C.T.R.S., où les conditions d'hygiène mentale sont établies. Sinon, j'ai l'impression que cela reviendrait à soigner un poliomyélitique dans les meilleures conditions d'isolement épidémique et de sauvetage vital, sans s'occuper du tout de la récupération fonctionnelle des membres paralysés.

Cette distinction nécessaire de l'hygiène mentale et la technique des psychothérapies de groupe dite sociothérapie, est en fait la chose la plus claire. Sivadon et ses collaborateurs nous rapportent ici un mouvement passionnant de leur expérience. On pourra dans d'autres services reprendre la même technique. On peut aussi en imaginer d'autres et les libertés thérapeutiques nécessaires aux responsables et incombant au médecin sont entières. Il me paraît d'ailleurs que dans de récentes circulaires sur l'ergothérapie, le ministre de la santé s'en est soucié, ce dont témoigne la pluralité des moyens d'organisation qu'il propose au choix des chefs de service, y compris le maintien du *statu quo* pour ceux à qui cette « technique » paraît convenable.

Les auteurs viennent aussi de soulever le problème de fond peut-être le plus important, mais aussi le plus difficile, celui des modalités selon lesquelles la technique de groupe agit au niveau de la particularité des personnes. Quelle est l'interférence des tensions de groupe par rapport à l'angoisse de chacun ? Quel rapport y a-t-il entre leur valeur significative personnelle ? Comment la maîtrise de l'organisation collective permet-elle, non seulement la pédagogie rééducative des fonctions psychologiques nécessaires à la vie sociale de chacun mais aussi comment permet-elle au malade d'assumer et de dépasser les conflits affectifs, le drame, qui fait le sens de sa psychose. Il s'agit là d'un problème thérapeutique extrêmement vaste dont la discussion mériterait peut-être quelques séances de notre Société.

M. P. Sivadon. — L'intervention de M. Leconte nous confirme qu'il était utile de présenter cette communication, ne serait-ce que pour donner l'occasion de dissiper des malentendus basés sur une information imprécise et parfois erronée. Nous avons nous-mêmes formulé dans nos conclusions les critiques essentielles que M. Leconte adresse à une « sociatrie » qui s'opposerait à une psychiatrie « médicale ». Nous pensons cependant que les techniques sociothérapiques font partie intégrante d'une psychiatrie compréhensive qui se veut efficace. Contrôler les interactions au sein de la société miniature que représente un service psychiatrique et user de cette possibilité pour normaliser les conduites et rééduquer les fonctions de relation sociale me paraît être un souci authentiquement psychiatrique. Il est du même ordre, dans notre discipline, que l'asepsie en chirurgie. Prétendre faire de la psychiatrie médicale au milieu de cette « pourriture d'hôpital » que constitue l'ambiance asilaire trop habituelle me paraît aussi insensé que de faire de la chirurgie abdominale dans un grenier poussiéreux.

Pas plus que l'asepsie, la sociothérapie ne se suffit à elle-même. Elle permet cependant des guérisons spontanées, sans elle impossibles. Elle permet aussi l'efficacité des méthodes de rééducation fonctionnelle, dont elle participe, et dont les méthodes dites « actives » forment l'essentiel.

Contrairement à ce que pense notre contradicteur, le C.T.R.S. de Ville-Evrard reçoit, sans aucune discrimination, tous les malades mentaux du sexe masculin d'un secteur de population de près d'un million d'habitants. Il peut ainsi admettre chaque année plus de 600 malades nouveaux sans en renvoyer aucun dans d'autres services, et cela à l'aide seulement de 300 lits. Il peut fonctionner toutes portes ouvertes, à l'exception d'un pavillon sur six. Il semble donc bien que, comme l'asepsie et la rééducation fonctionnelle, la sociothérapie ne soit pas dépourvue de valeur thérapeutique.

M. G. Daumézon. — Je voudrais intervenir pour montrer la convergence entre le point de vue de Sivadon et la discussion de Leconte.

Sivadon nous a montré comment diverses techniques de maniement psychothérapiques de la vie d'un service peuvent être fécondes. Il a eu le soin de bien montrer aussi qu'elles ne pouvaient l'être qu'au prix d'une attention particulière et d'un déploiement de moyens médicaux, de personnel en particulier, assez exceptionnels dans nos établissements.

Leconte, de son côté, s'est plaint de la misère de nos services : en se plaçant à un autre point de vue, que Sivadon ne néglige d'ailleurs pas dans sa pratique, il a dénoncé l'insuffisance de l'hôpital psychiatrique français ; je suis sûr que Sivadon se joindra à lui si, comme j'en ai moi-même exprimé la crainte, l'Administration française, par les efforts spectaculaires des tentatives d'amélioration de l'ambiance du service, fournit dans la propagande faite une prétendue « sociothérapie », une raison de négliger l'équipement indispensable des établissements de soins.

Pour bien montrer notre insatisfaction commune, je pense qu'il est bon de faire savoir que s'il a été possible, grâce aux moyens donnés aux C.T.R.S., de montrer une rentabilité accrue de nos établissements, ces moyens sont encore très loin de ce qui serait nécessaire pour faire une psychiatrie de qualité Sivadon, et l'orientation qu'il s'est choisie ces derniers temps le montre bien, ne saurait me contredire.

Au gré de circonstances favorables, nous pouvons montrer ce que serait la psychiatrie. Il reste à généraliser ce qui n'est que situation privilégiée et à la généraliser, tant en possibilités de thérapeutique biologique que psychologique.

M. A. Soulairac. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt les résultats de cette expérience de sociothérapie poursuivie depuis dix ans à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard. Cependant, je tiens à souligner combien nos collègues doivent être prudents dans l'exposé de ces résultats au grand public. En effet, on a tendance souvent à généraliser très rapidement et l'Administration qui régit nos établissements n'échappe pas à cette règle. D'où la tendance à équiper presque exclusivement les services en installations sociothérapiques et à négliger d'une manière parfois inconcevable les installations médicales les plus élémentaires. En poussant à l'extrême les résultats d'une telle expérience, il ne faudrait pas que l'Administration se croit obligée d'équiper chaque service d'un bar chromé avec percolateur et refuse de fournir les équipements médicaux permettant des thérapeutiques cliniques et des recherches biologiques.

L'ergothérapie au C.T.R.S. de Ville-Evrard
Essai de systématisation, par MM. P. Sivalon et P. Chanoit

L'importance et la valeur de l'ergothérapie ne sont plus discutées, mais les modalités d'utilisation sont multiples.

Nous voulons rapporter ici un essai de systématisation des techniques d'ergothérapie à la lumière d'une expérience de dix ans au Centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard, techniques d'ergothérapie qui s'inscrivent dans le contexte sociothérapique de l'organisation du service.

Le nombre, l'importance, l'activité des ateliers et des occupations ne sont pas nés de la seule initiative médicale mais ont bien souvent reflété les besoins des malades eux-mêmes.

A l'origine, un atelier ; à l'heure actuelle, dix-sept moniteurs s'oc-

cupent de la presque totalité des malades. La destination même d'un atelier change. Au début de l'expérience s'était imposée la nécessité d'une activité thérapeutique clastique pour dériver les tendances agressives des malades. La production de briques pilées satisfaisait ce besoin. Une meilleure structuration du service, l'introduction des tranquillisants, firent disparaître le besoin d'une telle activité.

Cette évolution cyclique des activités reflète les besoins du groupe, et naissent des tensions telles qu'elles vous ont été exposées dans la communication précédente (une expérience sociothérapique de dix années).

Mais l'ergothérapie n'est pas seulement l'expression de la dynamique sociale dans le service, elle est aussi une technique thérapeutique aussi importante que les thérapeutiques biologiques et la psychothérapie. Elle n'en constitue d'ailleurs qu'un aspect.

Véritable organisation à l'intérieur du C.T.R.S., les ateliers d'ergothérapie possèdent une structure propre, avec un « moniteur-chef » qui dirige seize moniteurs répartis dans les différentes activités.

La structuration de cet ensemble apparaît dans la complexité différente des travaux exécutés, dans les rapports de force qui s'établissent dans chaque groupe, en fonction d'un certain nombre de points que nous développerons plus loin, en un mot dans l' « échelle de niveaux » réalisée par les différentes activités.

La notion de « niveau » est déjà soulignée dans les travaux d'Herman-Simon qui, à l'hôpital de Guttersloo (Westphalie) a été le promoteur d'une conception rationnelle de l'ergothérapie.

Il divisait les activités en cinq niveaux, dans lesquels primait le degré de responsabilité que le malade pouvait assumer. La répartition était la suivante : travail simple sans attention ni indépendance (exemple : travaux ménagers simples, charger une brouette, etc...) ; travail mécanique nécessitant peu d'attention et d'initiative (exemple : travail dans une équipe de terrasse, pliage d'enveloppes, etc...) ; travail exigeant une attention régulière, de l'intelligence et de l'initiative (exemple : travaux de jardinage, couture, brosserie, etc...) ; travail nécessitant une bonne attention et un raisonnement presque normal (exemple : travaux spécialisés de culture, de confections variées, etc.) ; travail égal à celui d'un ouvrier normal.

Cette conception, critiquée depuis dans sa forme, a donné une vive impulsion à l'emploi thérapeutique du travail dans les hôpitaux psychiatriques français et étrangers. Notre expérience déjà longue nous fait confirmer l'importance primordiale d'une gradation des activités.

La gamme offerte aux malades est la suivante : quatre moniteurs dirigent les équipes extérieures ; une équipe effectue des travaux agricoles à la ferme de l'établissement, une autre s'occupe de travaux de terrassement, de démolition, de construction de locaux provisoires, la troisième extrait le sable d'une sablière se trouvant dans l'enceinte

de l'hôpital et le répartit suivant les besoins, la quatrième est chargée de l'entretien général du service (lessivage, rabotage des planchers, réparation des carreaux, petits travaux de peinture).

Deux moniteurs animent l'équipe des sports, scindée en trois niveaux : rééducation psycho-motrice des catatoniques, athlétisme et compétition.

Six moniteurs se répartissent neuf ateliers différents.

Deux de ces ateliers sont implantés dans les pavillons mêmes. L'un dans l'unique pavillon fermé du service, mais qui est animé par quelques malades venant d'autres pavillons. L'autre, installé dans la salle de séjour d'un pavillon ouvert, s'est spécialisé dans le modelage et les activités élémentaires (fabrication de sacs en papier, découpage de figurines en contreplaqué), et il s'adresse à des malades très régressés du type catatonique. Les sept autres ateliers sont répartis, hors des pavillons, à des distances variables : atelier de raphia et matière plastique (un moniteur), vannerie (un moniteur), poterie et émaillage (un moniteur), menuiserie (deux moniteurs), bricolage, fil de fer et fer rond (un moniteur), fer forgé (un moniteur), imprimerie (un moniteur).

Cet ensemble est harmonisé par un moniteur-chef et par des réunions hebdomadaires groupant moniteurs, médecins, assistantes sociales et psychologues, au cours desquelles sont envisagées les modifications du comportement de chaque malade au sein de l'atelier, sa progression ou sa régression, ses réussites et ses difficultés.

L'analyse du comportement des malades aux ateliers et de l'incidence des techniques employées sur l'évolution de chaque cas nous a amenés à considérer, parmi d'autres, quelques facteurs d'importance, corollaires du niveau de l'activité envisagée.

L'objet du travail et sa signification. Le matériau. — Un matériau sera d'autant plus facilement « accepté » et « façonné » qu'il est plus malléable et se travaille directement avec les mains, sans instruments.

Schématiquement, on peut classer les matériaux dans un ordre de difficultés croissantes de la manière suivante : la terre, très malléable, se travaille sans aucun instrument (modelage) ou avec des instruments simples (poterie) ; le raphia, sous forme de tresse (est secondairement employé à fabriquer des sacs, des dessous de plats, à garnir des sièges) ; l'osier, déjà plus résistant, a une plasticité limitée et doit être assemblé à partir de « formes » préétablies ; le bois ne peut se travailler qu'avec des instruments et impose au sujet une certaine « prise de distance » par rapport à l'objet ; le fer, enfin, demande des techniques précises et l'introduction de la machine à laquelle l'homme est soumis dans le même temps qu'il la commande.

Parallèlement à la dfficulté croissante que rencontre le malade devant le matériau, intervient la notion du temps nécessaire à la fabri-

cation de l'objet. Et aussi la signification de l'objet fabriqué : simple moyen d'expression, ou objet utile à un groupe restreint, ou de valeur universelle puisque susceptible d'être vendu.

L'attitude du moniteur. — Il est important de noter que les moniteurs sont des infirmiers, ayant pour la plupart une expérience de cinq ou dix années dans les pavillons. Leur attitude s'apparente plus à celle du psychothérapeute qu'à celle du professeur de technique. Spontanément, sans directives médicales particulières, les moniteurs ont adopté une attitude d'autant moins directive qu'ils s'adressent à des malades particulièrement régressés. Aux deux pôles, par exemple, on note : dans l'activité de modelage, groupant des malades catatoniques, le moniteur est beaucoup plus une présence affectueuse et permissive qu'un leader de groupe. A l'opposé, dans l'atelier de fer forgé, le moniteur, de par la structure même de son atelier, devient un véritable technicien dont le rôle est de favoriser la réussite de l'objet fabriqué par le malade. Il adopte une attitude plus directive, enseignant une technique à laquelle le malade doit se plier.

L'ambiance sociothérapique de l'atelier. — La prise de contact avec le monde grâce au travail en commun, conduit le malade à s'intégrer au groupe dans lequel il se trouve, ce qui nécessite cependant une certaine homogénéité entre ses possibilités de sociabilité et les conditions qui lui sont présentées.

L'expérience confirme ces vues théoriques.

Dans l'activité de modelage (matériau archaïque, malléable, moniteur permissif), le groupe est relativement dense, très peu structuré. Les malades sont groupés autour d'une grande table, dans la salle de séjour, se différenciant peu les uns des autres. La visite de cet atelier donne l'impression d'une masse inorganisée mais rassurante, dans laquelle les malades pénètrent ou de laquelle ils s'extraient sans que la variation d'attitude individuelle influe notablement sur le groupe.

Ces particularités permettent d'intégrer dans l'activité un nombre de malades important eu égard à leur niveau de régression, de l'ordre de 10 à 12.

Dans une activité intermédiaire, du type de la vannerie, l'organisation est différente. Les malades, au nombre de 6 à 8, sont installés par tables individuelles qu'ils peuvent déplacer à leur gré. Ils se groupent parfois par deux ou trois, mais le plus souvent restent isolés. Néanmoins, il existe déjà un « champ social » et l'attitude de chacun modifie le rendement du groupe.

A l'atelier de menuiserie, la structuration du groupe acquiert une plus grande complexité. Chacun possède son établi, ses outils, mais les uns et les autres s'entr'aident, les plus anciens enseignant aux nouveaux. Le moniteur est le leader de l'atelier, mais des sous-groupes se forment et concourent à des réalisations communes, en collaboration. Un esprit de corps anime les participants, qui enrichissent

ainsi leurs contacts sociaux. Ils réparent les chaises, les tables, les fauteuils des pavillons, étendent leurs activités au service tout entier, travaillent pour la collectivité.

A l'atelier du fer, le travail est soumis à des normes plus strictes, le travail étant bien souvent destiné à la vente.

*
**

On voit donc bien se dessiner de véritables niveaux d'activités. La difficulté commence lorsque l'on veut tenter de définir les caractéristiques de ces « niveaux ». Suivant l'aspect du travail que l'on envisage, les lignes évolutives se présentent de façons bien différentes.

Sur le plan du matériau, on passe des plus archaïques aux plus modernes, des plus malléables aux plus résistants, des plus vulgaires aux plus précieux. Cela implique une progression du plus familier au plus nouveau, de l'instrumentation simple à l'outillage complexe, de l'irresponsabilité à la responsabilité.

Sur le plan du groupe de travail, les conditions s'échelonnent depuis le groupe indifférencié et homogène jusqu'au groupe dense et fortement structuré, ce qui implique une progression dans le sens de la personnalisation individuelle et de la complexité des rapports interhumains.

Sur le plan de l'intégration de l'espace et du temps, on voit les sujets passer de travaux nécessitant une aire de comportement restreinte et un cycle opérationnel court à des travaux exigeant une organisation spatiale plus grande et une prévision à longue échéance.

Sur le plan de la signification de l'objet, on passe des simples moyens d'expression individuels à la création d'objets intéressant le groupe immédiat, puis d'objets utiles au groupe plus large auquel on appartient (le pavillon) puis d'objets ayant en eux-mêmes une valeur d'échange. Et apparaît alors la notion de rémunération du travail. Dès lors, mais seulement alors, la signification du travail sera directement liée, bien que non exclusivement, à l'argent.

De bien plus longs développements seraient nécessaires pour évoquer les divers aspects de cette progression. Son principe nous paraît résider dans le développement génétique des fonctions mentales, qui ont pour mission d'établir des relations de plus en plus complexes entre le sujet et le monde en élargissant le champ temporo-spatial de l'individu et en lui permettant une plus grande autonomie.

Aux stades les plus primitifs, tels qu'on les rencontre chez certains catatoniques, le sujet n'est capable d'appréhender qu'un milieu restreint sur lequel il projette sa subjectivité dans la mesure où il est malléable, moniteur permissif, matériau archaïque aisément modifiable. Aussitôt, une relation dialectique s'établit entre le sujet et son entourage. En modifiant l'objet, il se modifie lui-même et il cherche

alors un milieu plus résistant qu'il puisse affronter et tenter de modifier. Progressivement, il établira avec l'objet de son travail et avec les personnages qui l'entourent des relations de plus en plus indépendantes. En modelant un objet hétérogène, le sujet est amené à organiser ses structures mentales en fonction de cet objet et ce progrès l'incitera à un nouvel effort à l'égard d'un milieu encore plus résistant. C'est dans cette résolution de tensions successives dans les rapports du sujet et du monde matériel et social que réside l'action thérapeutique de l'ergothérapie.

Il ne s'agit pas là d'une vue de l'esprit. Nous avons pu constater maintes fois l'inefficacité, voire la nocivité, des travaux stéréotypés qui ne permettent aucun progrès. Nous avons bien souvent constaté l'échec des situations où le sujet est confronté avec une tâche trop hétérogène par rapport à son niveau fonctionnel. Par contre, nous voyons constamment des malades faire d'étonnants progrès sous l'influence de cette véritable rééducation des fonctions mentales que permet le travail thérapeutique ainsi organisé.

Les signes auxquels on peut reconnaître que les conditions de travail correspondent aux besoins des malades sont : 1) la normalisation du comportement ; 2) l'intérêt manifesté pour l'occupation.

Lorsque les conditions de travail, qui comportent l'environnement social et matériel autant que l'objet du travail, sont convenables, le malade abandonne toujours ses conduites pathologiques. Et ce n'est pas la moindre surprise des visiteurs que de ne plus retrouver les signes habituels de la folie sur les malades au travail. Mais l'intérêt ne peut être conservé que s'il existe un certain écart entre l'objet du travail et les structures mentales du sujet, s'il y a une inconnue au problème, une tension à résoudre. Lorsque les tensions sont résolues, ou bien le malade se détache de son travail, ou bien il s'installe dans un automatisme stéréotypé, et les conduites pathologiques réapparaissent. C'est dire que le travail thérapeutique doit comporter un juste dosage de sentiments d'achèvement et d'efforts toujours renouvelés.

Un argument d'importance en faveur de cette notion de niveaux fonctionnels mis en jeu par les diverses conditions du travail découle des faits suivants : lorsque les malades effectuent un travail ne nécessitant ni instrumentation, ni collaboration, ils ne parlent pas. Dès qu'ils sont aptes à utiliser des instruments complexes et qu'ils font des objets nécessitant la mise en œuvre de plusieurs techniques, les échanges verbaux apparaissent, pour disparaître à nouveau si le travail antérieur est repris. Tout se passe donc comme si la fonction du langage était liée à un certain niveau de complexité dans les relations individu-milieu.

Les anciens auteurs, et Pinel en particulier, insistaient sur le rôle biologique de l'activité psychomotrice. Non seulement, pour lui, le travail « arrête les divagations insensées des aliénés », mais il agit en prévenant « les congestions de la tête », en rendant « la circula-

tion plus uniforme » et en préparant « un sommeil tranquille ». Ces notions, purement hypothétiques à l'époque, sont confirmées aujourd'hui. On sait que l'activité de la cellule cérébrale se traduit par une accélération du métabolisme cellulaire, entraînant une augmentation de la consommation d'oxygène pouvant aller jusqu'au triple. Si nous voulions résumer notre opinion sur l'ergothérapie, elle rejoindrait celle de Pinel.

Il s'agit de favoriser, à un niveau régressif, des conditions de relations actives entre le malade et le milieu, qui permettent l'organisation d'un « champ » bien équilibré, ce qui se traduit par une normalisation des conduites et une reprise d'activité.

Cette activité, par l'augmentation des métabolismes nerveux qu'elle provoque, amène une reprise du développement des structures fonctionnelles plus complexes, dont la mise en jeu mobilise de nouveaux systèmes cellulaires bénéficiant à leur tour d'un métabolisme accru. Il s'agit donc bien d'une véritable rééducation fonctionnelle s'adressant directement aux fonctions à normaliser tout en assurant leurs bases neuro-physiologiques.

Discussion

M. Leconte. — Nous remercions le Dr Sivadon d'avoir renoncé à l'exorde de sa communication affirmant que la valeur et l'importance de l'ergothérapie ne sont plus discutées.

Nous pensons que les neuroleptiques ont été d'une autre efficacité, et beaucoup de malades ne sont à même de travailler dans nos hôpitaux psychiatriques que depuis l'apparition de cette thérapeutique.

Nous ne visons nullement les efforts de notre collègue, mais l'exagération officielle et administrative de leur portée thérapeutique qu'on en a fait et la primauté que les hautes sphères ministérielles lui ont accordées au détriment des réformes médicales urgentes tant attendues depuis si longtemps dans nos hôpitaux psychiatriques.

Les circulaires qui se succèdent empiètent sur l'indépendance des chefs de service, quand il s'agit de véritables instructions techniques et non point de règlements administratifs fixant quelques difficultés.

Il serait par surcroît regrettable que les critères de l'Administration, pour juger de ses chefs de service et des savants qui se peuvent trouver parmi eux, soit celui des expositions d'ergothérapie.

En ce qui concerne les statistiques du C.T.R.S. de Ville-Evrard, je me suis complètement référé à l'article des *Annales médico-psychologiques* de 1952, de Sivadon lui-même et de Le Guillant, dans l'*Information psychiatrique*, textes indiscutables.

Si les secteurs ont apporté finalement des malades de toutes catégories à certains C.T.R.S., ce n'est qu'un mode de répartition récent qui n'existe que depuis deux ans et les incidences et l'inégalité de la répartition ne peuvent plus être palliées avant de nombreuses années.

Et, pour en terminer avec ce débat, nous exprimerons le vœu que l'Administration, respectant les droits de chacun, devenue moins sensible à la propagande, cesse de placer la charrue sociatrique avant les bœufs psychiatriques et attende encore quelques décades, s'il est toutefois de son rôle de choisir entre les écoles.

Troubles des conduites alimentaires, leurs variétés, leurs conditionnements, par MM. Pierre Lòo et Jean-Pierre Duflot

Nous laissons de côté les boulimies pour n'envisager que les conduites restrictives, englobées souvent dans le terme d'anorexie mentale. Mais beaucoup de restrictions alimentaires ne sont pas conditionnées par l'anorexie, perte de l'instinct de la faim.

Il est traditionnel d'éliminer de l'anorexie les restrictions alimentaires des psychoses, où le refus d'aliments est conditionné, soit par le négativisme, soit par des idées délirantes. Mais inversement n'y a-t-il pas, parfois, au cours des psychoses, de véritables anorexies ?

Par contre, on englobe souvent dans l'anorexie mentale les réductions alimentaires des névroses, alors qu'il n'y a pas d'anorexie. Les restrictions alimentaires se rencontrent parfois au cours de névroses phobiques, obsessionnelles ou hystériques : les malades ne peuvent pas manger, mais ils ont faim. La peur d'un mauvais transit, le spasme éprouvé, empêcheront la névrose phobique d'avaler. L'anxiété (de castration disent les psychanalystes), transposée sur l'acte de manger, dans la névrose obsessionnelle, empêchera de s'alimenter — parfois le malade attachera un sens conjuratoire au refus d'aliments — mais habituellement ces sujets éprouvent de la faim. L'hystérique qui vomit ou ne peut manger ne manque pas habituellement d'appétit. (Nous développerons et analyserons ces aspects dans un prochain mémoire).

Donc, il nous paraît qu'on doive retrancher de l'anorexie mentale : 1) les refus d'aliments relevant des psychoses, ce qui est classique ; 2) les restrictions alimentaires relevant de mécanismes névrotiques.

Il reste les anorexies vraies, qui se caractérisent par la perte de l'instinct de la faim et le sentiment anticipé ou précoce de satiété, et leur cortège endocrinien.

Peut-être peut-on situer ici les anorexies mentales dites essentielles ; mais, au sein des anorexies vraies, il nous paraît qu'on doive distinguer deux groupes :

1° Certaines anorexies ont le même conditionnement psychologique (milieu, âge, personnalité, trauma affectif) que les névroses. Elles sont la transposition sur le plan organique d'un état affectif, probablement par un mécanisme de conversion, lorsque les conditions de vie dépassent les possibilités d'adaptation. Ce sont des anorexies névrotiques.

2° Par ailleurs, il est des anorexies vraies au cours des psychoses. Souvent, une anorexie « mentale » prélude à une schizophrénie sans être conditionnée par le négativisme ; bien gratuitement, on invoque alors le rationalisme morbide. Il y a perte de l'instinct de la faim.

Dans la mélancolie, le refus d'aliments est habituellement consécutif aux idées d'indignité, de culpabilité, de suicide. Mais souvent on

trouve la perte d'appétit, l'impossibilité de manger, en dehors de toute motivation délirante, comme parfois l'impossibilité de pleurer. Il y a comme une sidération de la faim, que chacun a pu éprouver dans les divers aléas de sa vie.

Inversement, on rencontre parfois au cours de certaines psychoses et même de la mélancolie anxieuse, une véritable boulimie. Il n'y a par ailleurs rien d'incompatible à trouver un même symptôme dans les névroses, les psychoses ; l'anxiété en serait un exemple. Il apparaît donc que l'instinct de la faim peut être perturbé dans les psychoses comme dans les névroses et que le symptôme anorexie n'est pas exclusif des unes ou des autres. Mais ce que la clinique permettait de concevoir semble actuellement établi par les travaux des physiologistes.

Déjà en 1940, Hetherington et Ranson (1), en détruisant certains points de l'hypothalamus du rat, provoquaient des obésités considérables, conséquence d'une absorption monstrueuse d'aliments.

Cette obésité hypothalamique hyperphagique a été reproduite chez le chien, le chat, le singe, la souris, par Soulairac (1947), Mayer (1952) (2).

En 1951, Anand, Brobeck, par des lésions plus excentriques situées dans les parties extrêmes de l'hypothalamus latéral, provoquent la suppression complète de toute ingestion d'aliments, aboutissant à la mort par inanition. L'animal rendu hyperphagique devient complètement anorexique après altération de l'hypothalamus latéral.

Les stimulations électriques sélectives de l'hypothalamus (3) confirment les données initialement fournies par les lésions électrolytiques et vérifiées depuis par les expériences d'enregistrement électrophysiologique au niveau de l'hypothalamus chez le rat soumis aux amphétamines et aux barbituriques (Brobeck, Larson, Reyes, 1956).

Forsberg et Larson, étudiant la captation de phosphore radio-actif P. 32 chez le rat à jeun et après repas, constatent une captation accrue d'isotopes radio-actifs à la partie latérale de l'hypothalamus chez l'animal affamé, et une captation maximum au niveau du noyau ventro-médian chez l'animal rassasié.

De diverses expériences, les auteurs concluent à l'existence d'un centre de la faim dans l'hypothalamus latéral, tandis que la formation ventro-médiane de l'hypothalamus à prédominance inhibitrice se comporterait comme un centre de satiété.

Les anorexiques nous fournissent souvent l'exemple de ces satiétés pathologiques lorsque, après quelques cuillerées d'aliments, ils n'ont

(1) Ces renseignements ont été puisés dans l'article de Lambotte : La faim. Aperçu physiologique. *La vie médicale*, n° de Noël 1957, sur l'alimentation.

(2) D'après Soulairac. — La régulation neuro-endocrinienne des grands comportements. Le comportement alimentaire. *Bulletin de psychologie*, 1er avr. 1957, p. 395 à 403.

(3) Delgado et Anand (1953), Anand et Dua (1955),

plus faim et estiment avoir absorbé des quantités énormes de nourriture. On peut donc concevoir que les centres de la faim et de la satiété peuvent être atteints et perturbés par des mécanismes psychologiques (stress), et nous aurons les anorexies névrotiques. Mais ces centres peuvent être atteints également par les mystérieux processus (infectieux, allergiques ou autres) qui conditionnent les psychoses, ce qui explique les anorexies des psychoses.

Conclusion. — Ce que l'analyse clinique fait apparaître trouve donc un support dans les acquisitions de la physiologie. Le terme d'anorexie mentale, vague et souvent inexact, ne semble plus mériter le crédit passé, celui d'anorexie mentale essentielle n'est pas moins ambigu.

Il y a lieu, pensons-nous, de distinguer dans les troubles des conduites alimentaires, deux groupes : celui qui ne comporte pas d'anorexie et celui qui est conditionné par l'anorexie.

Dans le premier, nous aurons les restrictions alimentaires sans anorexies : 1) dans les névroses par mécanisme phobique, obsessionnel, hystérique ; 2) dans les psychoses par idées délirantes, négativisme, hallucinations.

Dans le deuxième groupe, nous aurons les restrictions alimentaires par anorexie, comprenant : 1) celles de type névrotique, c'est-à-dire à conditionnement psychologique et à mécanisme psycho-somatique ; 2) celles de type psychosique, c'est-à-dire conditionnées par la psychose, dont l'anorexie n'est qu'un symptôme et parfois le premier.

Discussion

M. A. Soulairac. — Je voudrais me permettre d'ajouter quelques précisions au schéma que présente M. Lôo dans sa communication sur les perturbations des conduites alimentaires.

Au cours des différentes réunions consacrées, soit au problème des obésités (*Archives de biologie et pathologie*, 1957, vol. 5, n° IX), soit au problème des maigreurs (*Colloque de Marseille*, 5 mai 1958), et à la réunion des physiologistes de langue française (*Journal de physiologie*, 1958, t. 50, p. 663-783), j'ai eu l'occasion de préciser certains schémas physiologiques et physiopathologiques qui permettent pour le clinicien d'appréhender les différents niveaux utiles de régulation des conduites alimentaires. Je pense tout d'abord que l'étage hypothalamique est assez rarement touché en clinique courante. Ce n'est que dans les cas de séquelles encéphalitiques ou de tumeurs de voisinage que l'on est en présence d'un trouble alimentaire par lésion hypothalamique directe. Les troubles les plus courants se situent, soit à un étage supérieur que l'on pourrait qualifier d'étage régulateur de la réalisation neuromotrice du comportement. Cet étage comporte essentiellement comme mécanisme nerveux l'ensemble des structures rhinencéphaliques (au sens de rhinencéphale élargi de Gastaut), et certaines structures néocorticales, en particulier des zones frontales (aires 6, 10 et 24). Le second niveau, également très important, pourrait être qualifié de niveau des motivations physiologiques : c'est un ensemble de régulations physiologiques qui se font à la suite d'informations diverses surtout viscérales et qui atteignent ultérieurement les mécanismes régulateurs nerveux.

Ces informations sensitives motivantes semblent pour les conduites ali-

mentaires essentiellement de nature cholinergique. Il n'est pas exclu cependant qu'un médiateur du type histaminique puisse intervenir à partir du type digestif lui-même. On en arrive donc à une notion très générale des trois niveaux de régulation pour les conduites alimentaires : à un niveau supérieur rhinencéphalo-cortical sur lequel les thérapeutiques utiles semblent se résumer à des techniques psychothérapiques et analytiques, un deuxième niveau hypothalamique sur lequel nous sommes assez désarmés pour les indications thérapeutiques si ce n'est des modifications assez indirectes (telles que l'encéphalographie gazeuse ou l'électro-choc), enfin, un troisième niveau périphérique qui est le niveau de la motivation et sur lequel interviennent toutes les influences endocriniennes, humorales et pharmacodynamiques. Je pense que ces notions sont importantes pour éviter fréquemment des erreurs thérapeutiques qui, non seulement n'améliorent pas les troubles de la conduite alimentaire, mais risquent de déclencher une sorte de cercle vicieux dans les régulations homéostasiques.

Absence d'incidence sur les entrées aux admissions de Sainte-Anne sur l'épidémie de grippe de l'hiver 1957-1958, par MM. G. Daumézon et Michel Perier.

L'épidémie automno-hivernale de grippe dite asiatique de 1957 a-t-elle eu des répercussions sur le nombre et sur le rythme des hospitalisations dans les établissements psychiatriques de la Seine ? C'est la question que nous nous sommes posée vers le mois de novembre 1957, après avoir vu passer un certain nombre de malades chez qui l'on pouvait trouver, dans les antécédents récents, un épisode pyrexique.

Nous avons donc essayé, tardivement il est vrai, de dégager quelques conclusions sur ce sujet. Ceci : en interrogeant plus systématiquement le malade et son entourage, essayant de mettre en valeur, dans un passé proche, sinon immédiat, un épisode qualifié de grippal pouvant avoir une concordance avec les systèmes présentés lors de son admission ; en comparant simultanément les statistiques du dernier trimestre 1957 avec celles de la même période de l'année précédente.

I. — Comment s'est présentée d'abord l'épidémie en 1957 et sur quels critères cliniques pouvait-on penser à une atteinte grippale authentique ? Les signes cliniques ne diffèrent guère de ceux de la grippe banale : invasion brutale, frissons, céphalée, rachialgies et pyrexie à 39-40 ; à la période d'état (céphalée intense et courbatures généralisées, catarrhe de toutes les muqueuses) ; convalescence longue avec asthénie persistante.

Toutes les formes cliniques, évidemment, peuvent se voir, depuis les formes atténuées (coryza banal, angine...), jusqu'aux formes graves: formes pulmonaires, formes malignes dites hypertoxiques. Ces dernières ont semblé assez rares pendant cette épidémie : quelques cas de décès ont été signalés néanmoins.

Le diagnostic se fait par la recherche des anticorps spécifiques par la réaction de Hirst.

La persistance du virus dit « asiatique » par le contrôle sérologique semble avoir duré environ trois mois. L'épidémie s'est étendue à partir de septembre. Des foyers ont été décelés dans de nombreux départements. En moyenne, les cas sont demeurés bénins et les complications rares. Dès le 15 novembre, l'épidémie était en nette régression, mais une poussée dans la région parisienne fut remarquée en décembre (renseignements de l'Institut national d'hygiène).

II. *Résultats des observations personnelles.* — Nous avons été amenés à voir un grand nombre de malades et logiquement nous aurions pu établir sur trois mois une statistique dont il aurait été possible de tirer des conclusions. Malheureusement, le problème n'est pas aussi simple car le malade et son entourage ne peuvent pas toujours évoquer un épisode fébrile parfois relativement lointain et qu'ils ne rattachent aucunement à l'état présent.

A l'inverse, est baptisée « grippe », surtout en période épidémique, toute élévation thermique sans caractère spécial, sans diagnostic précis, dont le caractère relativement bénin n'a fait rechercher aucune étiologie précise. Il aurait donc fallu s'appuyer uniquement sur les cas où le laboratoire aurait prouvé la spécificité.

Or, les seuls cas qui auraient pu être contrôlés et suivis auraient été ceux de malades hospitalisés dans les services de médecine d'hôpitaux généraux. Or, nous n'avons jamais vu à l'admission de malades hospitalisés pour grippe et dont l'état mental aurait commandé un transfert par réquisitoire.

Nous ne pouvons donc honnêtement présenter que des cas probables où l'atteinte grippale a pu retentir sur le psychisme du malade, au point de nécessiter son internement.

Nous avons à cet effet recueilli quelques observations parmi les plus typiques, dont voici le résumé :

Observation 1. — Homme de 47 ans, manœuvre, alcoolique chronique reconnu. Etat cirrhotique. Le 14 octobre, frisson, céphalée, fièvre élevée, sueurs, courbatures. Le lendemain, tableau infectieux marqué, traité par aspirine-quinine, puis dans les jours suivants antibiotiques. Hospitalisé devant l'agitation croissante et état confuso-onirique. Passé à l'admission. Pas de signes pulmonaires. La fièvre cède rapidement. Retour au calme en quelques jours après traitement équilibrant.

Observation 2. — Femme de 54 ans. Aucun antécédent psychiatrique sinon un état dépressif qui semblait purement réactionnel à des ennuis familiaux trois ans auparavant. Préoccupée par le départ de son fils en Algérie et par une intervention que doit subir le mari, elle est inquiète et insomniaque depuis environ un mois.

En novembre, fait un accès fébrile avec rhinite, angine et toux. La fièvre monte à 39°5. Elle se plaint de myalgies et céphalées, photophobie. Se remet

difficilement et recommence à vaquer à ses occupations. Très fatiguée, elle ne peut trouver le sommeil et mange peu. Débute un état dépressif avec interprétations et idées d'indignité, note confusionnelle. Envoyée alors à l'admission.

Observation 3. — Homme de 38 ans, comptable. Aucun antécédent personnel ou familial. Fait une poussée fébrile brutale à 40° avec céphalée et légère réaction méningée. Traité à domicile par antibiotiques pendant quatre jours. La fièvre cède au 3e jour mais s'installe alors un syndrome confusionnel avec phénomènes oniroïdes nocturnes. L'agitation du malade conduit son médecin à conseiller l'internement. A l'arrivée, au 5e jour, il était déjà beaucoup plus calme mais encore assez désorienté et amnésique.

La femme et les enfants avaient fait quelques jours auparavant un épisode qualifié de grippal.

Observation 4. — Homme de 67 ans. Assez bon état général. La famille ne signale aucun trouble antérieur sinon un début d'affaiblissement (désintérêt, apragmatisme, radotage). Fait un état fébrile à 39°5 sans signes pulmonaires au début, avec céphalée et courbatures. Notion d'épidémie familiale. Soigné d'abord à son domicile, semble se remettre péniblement. Accuse une lassitude très marquée, refuse de se lever, devient acariâtre et méfiant. Six semaines après l'état est inchangé. La famille ne peut pas supporter sa charge et le médecin conseille une consultation à Henri-Rousselle. A l'arrivée, on constate un gros affaiblissement avec désorientation et amnésie de fixation.

Observation 5. — Femme de 34 ans. Antécédents maniaco-dépressifs ayant nécessité trois internements antérieurs. Episode d'allure grippale traité par antibiotiques. Rétrocession après une semaine de cinq injections. Mais après trois semaines la famille, déjà prévenue et inquiète, ramène la malade à Sainte-Anne. Elle présente un état dépressif avec idées de suicide (le dernier accès remontant à Vaucluse, 1955).

Nous venons donc d'extraire cinq observations parmi les plus représentatives. Nous insistons néanmoins sur le fait qu'en aucun cas l'atteinte virale n'a pu être absolument prouvée. Néanmoins, la clinique et la notion d'épidémie familiale sont en faveur de ce diagnostic.

Nous avons retrouvé en tout : 17 cas (11 hommes et 6 femmes), dont les observations semblent présenter les critères de probabilité : 4 états confusionnels, 6 états dépressifs (dont 2 présentaient des antécédents du même ordre ; 3 cas où la grippe semble avoir déclenché des phénomènes d'allure confuso-onirique chez des alcooliques chroniques ; 4 cas où l'asthénie post-grippale a fait révéler, soit des états d'affaiblissement intellectuel sénile, soit mis en valeur des états délirants chroniques jusque-là non extériorisés.

III. *Du point de vue statistique.* — Les résultats sont eux aussi sujets à critiques. En effet, le nombre total des malades internés dans le 4e trimestre 1956 et 1957 a varié assez considérablement du fait de

l'apport important du contingent nord-africain (en 1956 : 81 ; en 1957 : 156).

Le nombre des entrées total a été, en 1956 : 1.551 (675 femmes et 876 hommes) ; en 1957 : 1.619 (650 femmes et 969 hommes). Donc, en valeur relative, tenant compte des Nord-Africains, les chiffres des entrées restent à peu près semblables malgré tout et en appréciation globale, la grippe ne semble pas avoir provoqué une poussée bien considérable sans le rythme et le nombre des admissions pendant la période d'épidémie.

Nous n'avons pas systématiquement étudié les variations comparatives entre maniaques-dépressifs, schizophrènes, séniles par exemple, la clinique nous ayant montré sur ces quelques cas étudiés qu'il n'était guère possible de tirer des conclusions sur l'influence de la grippe dans le déclenchement ou du moins la mise en valeur de tel ou tel syndrome.

Pour les alcooliques internés, aucun chiffre non plus ne semble convaincant ; en 1956 : 390 (61 femmes et 329 hommes) ; en 1957 : 336 (60 femmes et 276 hommes) ; donc, en moyenne, environ 15 % de moins (chez les hommes) en 1957. Mais il est vrai que le delirium tremens est de plus en plus souvent traité dans les services de médecine générale.

Nous avons enfin essayé de relever les états confusionnels et plus spécialement les états hyperpyrexiques. Il semble bien que ce soit le critère le plus valable d'une possibilité d'atteinte grippale aiguë. Nos résultats n'ont pas été plus convaincants en leurs comparaisons ; dans le dernier trimestre 1956 : 27 femmes et 32 hommes (59) ; dans le dernier trimestre 1957 : 23 femmes et 39 hommes (62).

La plupart de ces malades, vu l'acuité des signes, ont été gardés à Sainte-Anne pendant quelques jours. Chez un grand nombre d'entre eux, des signes pulmonaires ont été retrouvés, qui ont rétrocédé rapidement avec les antibiotiques tandis que l'état confus disparaissait progressivement. Aux 21 cas représentant ce tableau (qui n'infirme d'ailleurs pas la possibilité d'atteinte grippale), nous ajoutons les quatre cas précédemment cités, et qui nous semblent plus typiques.

Chez les autres, une étiologie plus précise a été retrouvée comme cause de la poussée thermique (troubles circulatoires, phlébite, troubles rénaux, urémie, troubles hépato-vésiculaires, troubles intestinaux, maladies infectieuses), l'appoint alcoolique étant fréquemment retrouvé bien entendu.

En conclusion, il n'existe pas de modification statistiquement significative attribuable à la grippe dans le mouvement des entrées à l'admission de Sainte-Anne durant la période d'épidémie de fin 1957.

Il nous a paru que ce point méritait de figurer dans nos procès-verbaux ; les faits apportés par Montrogiovanni à la séance de mai, appuyés sur des contrôles virologiques, conservent par ailleurs tout leur intérêt sur un autre plan.

2e PARTIE

Quelques mots sur la notion de schizophrénie en nosographie psychiatrique, par M. Leconte

M. M. Leconte. — Moins d'un an après un congrès mondial sur le même sujet, nous sommes bien contraints de constater une fois de plus que celui-ci n'a pas suffi pour mettre un terme aux discussions quelquefois byzantines sur la définition, sur la situation nosographique et l'existence même de ce qu'on appelle « schizophrénie ». Une telle constatation devrait nous faire réfléchir définitivement. Le terme de schizophrénie, qu'on l'emploie au singulier ou au pluriel n'est plus, pour nous, qu'un substantif qui n'a plus sa place dans une nosographie psychiatrique, rationnelle et scientifique moderne.

M. P. Abély nous a fait part de ses récents doutes sur l'existence de la schizophrénie et pourquoi il ne croyait plus à une telle entité. Pour notre part, nous pensons que les mêmes remarques peuvent être faites pour toutes les entités mentales de la médecine psychiatrique (1).

Ce terme doit être considéré comme une épithète qui peut être accolée à tous les grands syndromes de la psychiatrie. Tâchant de nous servir au maximum de ce que l'on peut appeler le bon sens après une étude comparative de centaines de certificats, nous étions parvenus aux mêmes constatations qu'un grand savant dont on sait la modestie et dont les travaux connaîtront dans le futur un sort universel et impérissable, nous avons voulu parler du Dr Marchand. Mais, de nos jours, la propagande toute imprégnée de sociathérapie estompe pour un temps la portée des travaux des grands savants français (2).

Dans notre essai critique de nosographie psychiatrique (3), nous avons mis en évidence la fréquence de la coexistence des syndromes et de la mutabilité de ceux-ci. L'étendue et l'ampleur de ce phénomène permet déjà de douter de l'existence de ces entités dont on continue à discuter nosographiquement.

Marchand, dans la préface de son livre sur les maladies mentales, nous a paru de son côté avoir tracé les grands principes d'une nosographie psychiatrique objective qu'il convient d'édifier cliniquement.

Nous estimons donc qu'il importe de repenser complètement notre nosographie d'une façon rationnelle et logique en classant la sémiologie sans préoccupation de problèmes philosophiques, pathogéniques, voire pronostiques. Nous n'employons d'ailleurs plus le terme de schizophrénie dans notre service avec nos élèves. Nous lui préférons de beaucoup celui de discordant,

(1) M. Leconte. — L'agonie des entités mentales. Feu la psychasthénie. *Semaine des hôpitaux*, 14 mai 1955.

(2) M. Leconte. — *Essai critique des nosographies psychiatriques actuelles. Les lois de mutabilité des diagnostics et des syndromes.* En collaboration avec Damey, Doin éditeurs. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.

(3) Marchand. — *Maladies mentales*, Amédée Legrand éditeurs.

terme français que le grand Chalin avait si heureusement défendu et qui nous semble beaucoup mieux répondre à la réalité concrète sans aucune préoccupation doctrinale.

Pourquoi d'ailleurs ne pas donner la préférence à ce terme de discordant dont Bleuler a dit que, s'il l'avait connu, il l'eût employé et qui, français, définit avec netteté la clinique en cause sans implications pathogéniques, philosophiques ou doctrinales de quelque nature que ce soit.

L'épithète « schizophrénie », qu'on peut considérer comme un syndrome, est à peine un symptôme, puisqu'en fait il s'agit de la déduction dans le tableau clinique d'un manque d'harmonie entre des symptômes qui devraient aller normalement de pair.

L'entité « schizophrénie » n'existe pas même sur le seul mode psychopathologique, si on la dépouille de son contexte somato-biologique et du problème de l'évolution. On ne possède aucun critère diagnostique et pronostique assuré.

C'est un symptôme qui peut être labile ou durable, aigu, chronique ou incurable, pouvant accompagner des syndromes apparemment constitutionnels ou acquis, dont le début peut être franc ou atypique, d'étiologies souvent associées et pouvant se précéder ou succéder à d'autres.

Les grandes règles nosographiques sur lesquelles nous avons souvent insisté sont valables pour ce vocable qui n'a rien de pathopneumonique d'un diagnostic ou d'une évolution.

Il y a des syndromes déficitaires discordants de type démentiel ou confusionnel. Il y en a même d'ailleurs d'oligophréniques. Il y a aussi des syndromes hypothymiques discordants. Qu'on se rappelle l'hypothymie juvénile atypique de Benon des syndromes délirants discordants (syndrome paranoïde), des syndromes dysphémiques discordants (schizophrasie), des syndromes imaginatifs discordants (paraphrénie) et des syndromes à dominance motrice discordants (syndrome catatonique), ainsi que des agitations discordantes (agitation catatonique).

Il semble prouvé de nos jours que certains de ces syndromes guérissent, tandis que des syndromes initialement purs se dissocient ultérieurement. Ainsi donc, c'est aux formes cliniques des grands syndromes de la psychiatrie que cette épithète qui doit disparaître des têtes de chapitres de nosographie peut être employée.

Pour nous, dire que quelqu'un est atteint de schizophrénie, est assez semblable au fait de dire que quelqu'un présente une dissociation du pouls ou de la température ou bien encore est atteint de la « paraplégie » ou de la « fièvre » par exemple. Cela ne nous renseigne, en fait, ni sur la véritable forme clinique, ni sur l'évolution, ni sur les causes. La thérapeutique, en conséquence, ne saurait être standardisée et se passer des données de la médecine.

Il y a différentes maladies où les températures ne sont pas concordantes. Il y a quantité de maladies fébriles. Il y a des causes multiples de paraplégie comme il y a un nombre important de syndromes avec éléments schizophréniques, c'est-à-dire pour nous discordants.

Ces discussions pourront encore durer des siècles si l'on se refuse à établir enfin la classification sémiologique rationnelle des symptômes psychiatriques comme les neurologues l'ont fait avant de préjuger des causes et des constatations physiologiques qui devaient venir éclairer les constatations cliniques.

CONCLUSIONS du débat sur : DÉFINITION, CRITÈRES ET LIMITES DE L'ACTUELLE SCHIZOPHRÉNIE

M. Paul Abély. — Un peu responsable de la naissance de cette discussion, je voudrais, au moment où elle se termine, essayer d'en tirer quelques conclusions.

Il me faut tout d'abord répondre à une question d'un des interpellateurs qui exprimait quelque doute sur l'opportunité et sur la signification de ce débat. Je crois qu'on pourrait à ce dernier reprocher tout au plus de manquer d'originalité, car il ne fait que succéder à deux autres assez récents consacrés au même sujet (symposium de Madrid à la fin de 1956, congrès international de Zurich en septembre 1957). En 1958, notre Société médico-psychologique française ne fait que continuer ces investigations, dont la fréquence indique justement qu'il existe dans le monde psychiatrique un incontestable malaise de conscience quand on aborde ce problème.

C'est pourquoi j'estime qu'il est au contraire indispensable, dans le temps présent, de réviser et de confronter périodiquement nos acquisitions. Sinon, à une époque où tout va si vite, nous ne ferions que végéter dans un immobilisme contemplatif et stérile. Dans la marche à la recherche de la vérité, il n'y a ni sens interdit, ni tabou.

Succédant à quelques mois d'intervalle au congrès de Zurich, ce débat pouvait aussi paraître prématuré. Cette réunion internationale de septembre 1957 coïncidait et était même motivée en fait par la célébration du centenaire de la naissance d'un très grand maître de la psychiatrie contemporaine, du vrai et unique père de cette notion nouvelle de schizophrénie. Car après lui chacun a brodé sur ce sujet selon son canevas imaginatif et ses opinions personnelles. Il était donc difficile de détonner dans la glorification justifiée de E. Bleuler, par des critiques intempestives qu'on aurait pu qualifier de déplacées. C'est pourquoi je m'étais personnellement abstenu de toute intervention, me limitant à recueillir la plupart des travaux qu'elle fit naître.

Comme il fallait le prévoir, le débat de notre Société médico-psychologique a montré, une fois de plus, combien chacun tenait à défendre ses positions propres en ripostant, selon son tempérament, avec des gants de velours ou avec des gants de boxeur.

Si l'on tente aujourd'hui de faire une synthèse de ses rapports et de ses discussions, on s'aperçoit cependant que ce débat, loin d'être inutile, a été fécond, que d'honnêtes concessions ont été faites de part et d'autre et qu'à travers des dissonances il semble qu'on aperçoit déjà une ébauche de clarté.

C'est ainsi que j'ai cru pouvoir retenir une opinion quasi-unanime, considérant qu'il s'agissait beaucoup plus d'un syndrome que d'une maladie.

Or, si l'on s'en rapporte à la définition même du mot syndrome, on lit « qu'il est la réunion d'un groupe de symptômes qui se reproduisent en même temps dans un certain nombre de maladies ».

C'est précisément de ce groupe syndromique de symptômes qu'il importe d'isoler toutes les nuances, toutes les affinités, tous les critères, toutes les limites, tous les caractères primitifs et secondaires, positifs et négatifs. C'est là, me semble-t-il, la tâche primordiale. En effet, pour être indiscutable et digne de son nom, ce syndrome doit se rapprocher au maximum de l'unité, de la totalité et de la constance, c'est-à-dire d'un ensemble symptomatologique bien groupé. Chaque symptôme pris isolément perd beaucoup de sa valeur, laquelle ne se justifie que par sa présence dans cet ensemble.

Prenons par exemple le terme de perte de contact avec la réalité qui peut se trouver dans diverses psychoses ou névroses. Qui de nous peut affirmer

que cette perte de contact est chez le schizophrène involontaire ou volontaire, qu'elle résulte d'une impossibilité, d'une dérobade ou d'un refuge ? Pourtant, selon l'une ou l'autre de ces hypothèses, la façon d'être du sujet dans le monde, selon l'expression aujourd'hui consacrée, sera très différente. Il n'en reste pas moins que, dans le syndrome schizophrénique, ce symptôme aura une grande importance s'il se retrouve, non pas isolément, mais dans un ensemble.

Ces mêmes arguments peuvent concerner les manifestations psycho-motrices, même très discrètes, les troubles de la synthèse mentale, du contact, les paradoxes affectifs, les impulsions destructrices, les perturbations instinctives, les réactions délirantes, etc...

De ce débat, il m'apparaît qu'on peut également retenir, à quelques réticences près, que l'opinion générale estime que ce syndrome, pour être authentique, ne peut apparaître qu'après la puberté, c'est-à-dire lorsque la structuration est à peu près achevée.

Enfin, de plus en plus, on tend à séparer la démence précoce de la schizophrénie. La première surviendrait en période de non-structuration ou sur une base de détérioration anatomique parfois génétique. Ces deux états seraient difficilement comparables et ne correspondraient pas au même syndrome. Ils n'auraient que certaines ressemblances.

Mais, ici encore, il semble bien qu'il serait essentiel de définir exactement les mots qu'on emploie un peu hâtivement, tels que ceux de : chronicité (qui ne peut être qu'une fixation à un stade et pour un temps indéterminé) d'incurabilité (qui quelquefois avalise seulement notre ignorance ou nos impossibilités actuelles), de démence. Le jour où l'on sera parvenu à identifier exactement ce syndrome schizophrénique, et c'est là l'impérieux programme de demain, on aura alors accompli un bond prestigieux. C'est ensuite seulement qu'on pourra aborder honnêtement le problème étiologique certainement très complexe, qu'on parviendra à isoler les maladies diverses où l'on peut rencontrer ce syndrome. Tout cela exige de patients efforts qui permettront plus tard d'aboutir à une synthèse féconde où chaque discipline aura eu sa part de mérite, de tolérance, de souplesse, de compréhension mutuelle.

Si le syndrome démentiel précoce relève vraisemblablement d'une étiologie surtout anatomique et neurologique, le syndrome schizophrénique, lui fonctionnel et psycho-physiologique, relève d'étiologies multiples où s'associent des processus d'allergie émotionnelle, d'anaphylaxie affective, de perturbations métaboliques, de défaillances endocrino-neuro-végétatives devant des stress multiples, de fléchissement de la défense du tissu nerveux vis-à-vis de toxines ou de virus variés, de brusques éclatements d'une tension névrotique préexistante (où la psychanalyse a son mot à dire) et vraisemblablement de bien d'autres causes qui nous échappent pour le moment, qui perturbent la chimie du cerveau, les réflexes conditionnés et tous ces engrenages psycho-somatiques et somato-psychiques, que nous commençons à peine à entrevoir.

Ce syndrome schizophrénique ne peut se concevoir et s'étudier, comme d'ailleurs toute notre vie psychique, que dans son milieu biologique (milieu biologique interne et externe), que dans la perspective de la réceptivité, de l'intégration, de la structuration de tous ces messages organiques, affectifs et cosmiques.

Déjà, la multiplication de nos thérapeutiques modernes et leurs résultats très variables selon chaque sujet (sélectivité d'effets, qu'il sera aussi très utile d'approfondir), montre qu'il n'y a pas une étiologie standard de ce syndrome, mais peut-être des répercussions et des localisations neuro-psycho-physiologiques identiques ?

Il est probable que c'est l'étiologie qui dicte les processus et l'évolution du syndrome, et qui différencie chacune de ses formes : 1) formes suraiguës à début brutal qui se manifestent parfois par une impulsion destructive qui

peut être homicide, dont la motivation porte cette marque si caractéristique « du saugrenu » et qui évoluent très vite vers une destructuration rapide ; 2) formes traînantes et lentement évolutives ; 3) formes fixées, enkystées ou intermittentes.

A ces types évolutifs s'associe aussi l'âge d'apparition du syndrome, âge que quelquefois le stade de régression affective permet de fixer approximativement.

1° Syndrome schizophrénique de l'adolescence à prédominance hébéphrénique où se retrouvent les perturbations athymhormiques, les troubles de l'identification sexuelle, l'ambivalence affective, les fugues, une timidité guindée qui n'est pas une véritable timidité.

2° Syndrome schizophrénique de l'adulte qu'on peut à son tour scinder en deux périodes : celle de 18 ans à 30 ans, à manifestations thymiques et confusionnelles, à symptomatologie hébéphréno-catatonique, à réactions impulsives fréquentes, à anarchie instinctive (hyper ou hyposexualité ambivalente par exemple). Celle de 30 ans à 40 ans, à réactions plus délirantes avec troubles importants de la fonction hypnique et des métabolismes.

3° Enfin syndrome schizophrénique d'involution, à partir de 40 ans, où dominent les états paranoïdes, paraphréniques, marqués de saugrenu, d'absurdité, d'incohérence sur des thèmes d'érotomanie, d'hypocondrie, de jalousie, tous de structure paradoxale et niaisement illogique.

Dans les intervalles de ce débat, il a été aussi question de contrôles électro-encéphalographiques. Ils n'ont apporté aucune précision. Peut-être, comme l'écrit G. Morin (*Eléments de psycho-dynamique*, un volume édité par Vigot frères en 1958), si le cerveau est bien le siège de phénomènes électriques comme tout tissu vivant, peut-on se demander si cette électricité est directement responsable de l'activité mentale ou s'il ne s'agit pas d'une énergie dégradée et résiduelle, fraction d'une énergie biologique plus globale et différemment rythmée ?

Pour en finir avec cette discussion, je répondrai enfin à une question que me posait directement un des interpellateurs : « S'agit-il d'une raréfaction des schizophrènes au profit des névroses ou d'autres formes pathologiques, ou au contraire d'une évolution de la schizophrénie à évolution spontanée ou secondaire au traitement neuroleptique ? »

Quoique cette réponse ne soit pas encore aisée, je vais m'efforcer de l'exprimer d'une façon suffisante avec forcément d'inévitables hypothèses.

Quand j'écrivais que ces syndromes schizophréniques me paraissaient depuis quelque temps être moins nombreux qu'autrefois, j'envisageais surtout des malades d'évolution assez récente qui n'avaient jamais été traités par une cure de Sakel, par la pyrétothérapie ou par les neuroleptiques. Ces sujets arrivés depuis peu dans mon service y étaient entrés avec un diagnostic de schizophrénie. Assez rapidement, après une observation attentive au jour le jour, je m'aperçus que beaucoup d'entre eux ne correspondaient pas à ce diagnostic.

Je pensais aussi à d'anciens malades, retrouvés dans la vie après pas mal d'années d'écart. Ils me permettaient de contrôler mes erreurs d'étiquette d'antan et d'en deviner le pourquoi. Il est également exact qu'après plus de trente ans de pratique psychiatrique je remarque que depuis quelque temps les syndromes schizophréniques authentiques sont moins fréquents, les formes purement catatoniques en particulier. Frappé par cette constatation, j'ai demandé à quelques confrères de province où le mode de recrutement des malades demeure à peu près identique, leur propre opinion. Plusieurs m'ont confirmé ce fait. Beaucoup, tout comme moi, indiquent qu'ils reçoivent plus de névroses qu'autrefois et moins de schizophrénies, et que les psychopathes changent de visage. En somme, est-ce que la schizo-

phrénie ébaucherait un mouvement de repli comme il y a quelques années la paralysie générale ?

Il m'est naturellement impossible de fournir de ce phénomène une explication satisfaisante, tout au plus peut-on avancer des hypothèses multiples : hygiène sociale plus développée, prévention et traitement plus précoce des infections acquises ou héréditaires, utilisation de plus en plus répandue de B.C.G., prophylaxie mentale mieux organisée. Ce sont là des explications surtout médicales.

Mais d'autres doivent être sociales : évolution dans le domaine des mœurs, émancipation des adolescents des deux sexes, transformation du problème des expériences et des préoccupations sexuelles. En cette période frénétique et par certains côtés angoissante, où dans les grandes villes le motorisé devient presque aussi traqué que le piéton, où la transplantation s'accélère dans de mauvaises conditions matérielles, il est incontestable que les névroses se multiplient. Celles-ci, plus précocement traitées, n'ont peut-être pas le temps ou la possibilité (pour toutes les raisons précédemment énumérées) de se transformer en psychoses ou même simplement de se réfugier dans l'autisme.

Enfin, il est probable que l'usage de plus en plus répandu des neuroleptiques et des tranquillisants atténuent, par leurs propriétés adrénolitiques par exemple, les conséquences trop fâcheuses des stress. Je mets aussi cette diminution dans l'élaboration de diagnostics plus serrés, moins hâtifs, dans ces efforts de nettoiement de la schizophrénie, selon l'expression retrouvée dans le très remarquable rapport du professeur Luis Rojas (de Grenade), lors du symposium de Madrid.

La psychiatrie est une science difficile qui exige presque des connaissances infinies, qui réclame une constante auto-critique de celui qui la pratique ; parfois même, le courage et l'abnégation quand il se voit contraint de réviser ses conceptions antérieures. Car le danger réside dans le fait qu'à tout moment notre propre personnalité s'interpose avec celle du malade et que de ces interférences naissent fatalement des interprétations différentes devant un symptôme grossièrement identique.

Les neuro-physiologistes et les anatomo-pathologistes nous font découvrir maints horizons mais ne nous expliquent pas bien le pourquoi des rémissions, ni celui de l'absence habituelle de symptômes neurologiques objectifs et constants (à part des symptômes neuro-végétatifs d'étiologie complexe), ni celui du manque de démence authentique dans la schizophrénie ; les données histologiques qu'ils nous apportent sont également assez dissemblables, parfois peu concordantes.

Les psychanalystes nous disent que ce syndrome schizophrénique débute dès l'enfance par un malaise névrotique qui aboutit peu à peu à la perte du lien objectal ; à la capitulation de l'angoisse dans le délire et les attitudes pathologiques, à la réduction de l'espace vital, à la tentative de l'isolement en système clos et imaginatif, grâce à la régression. Mais ils ne nous donnent pas la clef explicative des formes tardives involutives après une vie à peu près sans histoire, ni à l'opposé celle des formes suraiguës catastrophiquement évolutives ni celle de la chute vertigineuse de sujets auparavant remarquablement doués et ayant déjà réalisé de brillantes performances intellectuelles ou sociales. Leur motivation unique tend surtout à étendre dangereusement une notion qui a déjà beaucoup trop de propension à tout envahir. Si cette motivation peut se rencontrer dans ce syndrome, surtout dans les formes juvéniles, elle se retrouve aussi dans d'autres constructions délirantes même très systématisées et où ne s'isolent aucun des autres symptômes fondamentaux de ce syndrome.

Les phénoménologistes, qui se rapprochent par certains côtés des précédents mais avec des nuances prudentes, insistent sur la rupture avec la réa-

lité. Ils ne nous précisent qu'incomplètement si cette rupture de contact résulte d'une impossibilité ou d'une peur devant l'angoisse que fait naître le réel et ils ne nous disent pas comment et pourquoi survient cette rupture. D'après eux, elle ne se produirait que chez des schizoïdes. Nous pouvons à notre tour nous demander d'où vient cette schizoïdie et comment parfois, très tardivement, elle se transforme en schizophrénie.

Nous percevons ici encore le danger de vouloir réduire ce syndrome à un ou deux symptômes fondamentaux, alors qu'il en existe beaucoup d'autres et qu'il est bien difficile d'affirmer lequel de tous est le plus fondamental.

Les simples cliniciens prospectent plus modestement et comme ils peuvent, à la recherche des paillettes d'or et des filons conducteurs en accumulant les observations et les confrontations.

Enfin, au cours de ces dernières années, les thérapeutes ont eu leur mot à dire. Je ne crois pas qu'ils aient apporté jusqu'ici de gros éclaircissements dans la sémiologie de ce syndrome. Ces traitements ont pu cependant, et sans qu'on sache encore pourquoi, nous montrer qu'ils avaient une action élective selon les cas, qu'ils agissaient surtout par l'accumulation, la succession et la répétition de techniques variées, qu'ils arrivaient à fixer quelquefois l'évolution à un stade qui se caractérise par la disparition des symptômes secondaires.

Enfin, je me méfie beaucoup de l'expérimentation sur l'animal parce que bien éloignée de la psychophysiologie humaine.

En fait et modestement il faut reconnaître que, quand une longue expérience psychiatrique a fait vivre un praticien pendant de nombreuses années en contact avec de tels sujets, il n'est entièrement satisfait par aucune de ces explications et il se résout au « que sais-je ? » de Montaigne.

Mais tout cela, loin de nous décourager, démontre seulement que notre spécialité exige la collaboration étroite, coordonnée, harmonieuse sans ostracisme, ni parti-pris, de toutes les disciplines.

Plus que toute autre science, elle a besoin dans ses recherches d'une rigoureuse méthode, d'une véritable méthodologie. Puisse ce débat nous avoir inspiré pour le moins cette sagesse.

La séance est levée à 18 heures 45.

Le secrétaire des séances :

P. Sivadon.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 6 février 1958

Sur une intoxication aiguë par un dérivé organique de l'étain,
par MM. J. Rondepierre, R. Truhaut, P. Guilly, P.-E, Hivert et I. Barande

La malade, âgée de 23 ans, présente brusquement des troubles digestifs, de la céphalée et un état hypersomnique avec photophobies, anorexie. L'examen neurologique décèle de la raideur de la nuque, le signe de Kernig, diplopie, signe de Babinski à droite, léger œdème papillaire. L'E.E.G. est perturbé. Le diagnostic de tumeur cérébrale est soulevé. Les jours suivants, amélioration nette de l'état. Les signes méningés sont plus frustes. En quelques jours, on assiste à une évolution favorable du tableau clinique et paraclinique. On apprend alors que la malade a été traitée pour furonculose par du stalinon dont elle aurait absorbé 22 capsules au cours des journées précédant les premiers malaises. Les auteurs insistent sur la difficulté diagnostique en présence de tels cas et émettent les multiples hypothèses que soulève cette intoxication.

Intoxication par le stalinon : évolution d'un cas opéré précocement,
par M. M. Rouzaud

Femme de 31 ans. Dès le début de l'intoxication, importance des accès douloureux et des réactions neuro-végétatives ; obnubilation intellectuelle, signe de Babinski à gauche, léger œdème papillaire et amaurose transitoire. Diagnostic : abcès cérébral et intervention consistant en un volet frontal droit. On note un cerveau œdématié. Dès le lendemain, amélioration considérable. On apprend alors les accidents causés par le stalinon. La malade avait absorbé 29 comprimés comme traitement de la furonculose. Dans la suite, séquelles neuro-psychiques avec troubles de l'humeur et du caractère, céphalées fréquentes, troubles mnésiques et intellectuels, séquelles qui paraissent définitives.

Méningo-encéphalite hypertensive par intoxication au stalinon, guérie,
par MM. L. Gayral, G. Lazorthes et J. Planques

Les premiers symptômes, après la prise d'environ 1 g. 75 de stalinon, apparaissent chez un étudiant de 22 ans sous forme de céphalées et de perte de

mémoire, puis surviennent des syncopes ; on note un œdème papillaire bilatéral, du strabisme. L'obnubilation est profonde. Deux ventriculographies sont pratiquées à dix jours d'intervalle. L'amélioration se poursuit ensuite lentement. Les injections de soluté hypertonique sont continuées. Convalescence très longue. Le malade reste quelque peu diminué intellectuellement, fatigable, dysmnésique et il est obligé d'abandonner les études supérieures. Les auteurs admettent que c'est le traitement dirigé contre le facteur œdémateux qui a permis d'obtenir un bon résultat.

Stalinon et atteintes médullaires. Deux observations, par MM. A. Grossiordet, J.-P. Held, P. Le Cœur, R. Verley et M. Drosdowsky

La première observation concerne un jeune homme de 17 ans. L'intoxication a été marquée par des troubles multiples, atteintes de la plupart des paires crâniennes, amaurose, troubles respiratoires, paraplégie flasque, coma. Amélioration ensuite de l'état général. Le problème de rééducation est contrarié par la présence de cinq eschares. Amélioration progressive sur les membres supérieurs, partielle sur les yeux, nulle sur les membres inférieurs.

La seconde observation a trait à une petite fille de 3 ans qui absorbe 3 perles de stalinon par jour, elle présente le même tableau d'encéphalomyélite. Les signes encéphaliques s'effacent rapidement, mais une paraplégie totale persiste.

A propos du diagnostic entre les affections méningo-radiculaires et la spondylarthrite ankylosante, par MM. J. Forestier et P. Deslous-Paoli.

A propos de deux observations, les auteurs insistent sur les caractères suivants de la spondylarthrite ankylosante. L'âge du sujet, grand adolescent ou adulte jeune, est important ; existence dans le passé d'une poussée articulaire périphérique et parfois d'un iritis rhumatismal. Cliniquement, on note des points douloureux à la pression au niveau des apophyses épineuses lombaires et dorsales. La sédimentation globulaire est accélérée. L'élément essentiel est la constatation sur les clichés radiographiques sacro-iliaques d'altérations bilatérales.

L. Marchand.

Séance du 6 mars 1958

Encéphalopathie épileptogène au cours d'une hyperkératose palmo-plantaire avec mélanodermie et cardiopathie congénitale, par MM. P. Nayrac, Cl. Huriez, P. Graux et A. Gérard.

Une jeune fille de 19 ans est atteinte depuis son jeune âge d'hyperkératose palmo-plantaire avec mélanodermie et cardiopathie. Depuis trois ans, elle présente des crises comitiales. A l'encéphalographie gazeuse, on note une dilatation des deux ventricules latéraux. Intervention : volet fronto-tempo-

ral gauche. On ne dépiste pas de tumeur. Il est logique d'établir un lien entre l'hyperkératose palmo-plantaire et l'encéphalopathie objectivée par l'atrophie cérébrale.

Gliome malin du corps calleux à propagation hémisphérique et à début clinique par symptomatologie pariéto-occipitale, par MM. A. Crémieux, J. Alliez, M. Toga et G. Darcourt.

Sujet âgé de 47 ans qui présente une hémiparésie gauche, des troubles sensitifs, une hyperesthésie de l'hémiface gauche, de l'astéréognosie, des troubles de l'orientation spatiale, de l'hémianopsie. L'examen anatomopathologique décèle un astro-blasto-glioblastome du corps calleux se prolongeant dans les profondeurs de l'hémisphère droit, entraînant l'interruption des fibres thalamo-corticales.

Syndrome parkinsonien consécutif à une électrocution,
par MM. G. Arnould, J. Dureux, P. Tridon et J. Schmitt

Un sujet âgé de 44 ans reçoit une décharge de 15.000 volts durant quelques secondes. L'électrocution est suivie d'une perte de conscience de quelques minutes. Un mois plus tard, apparition des premiers symptômes d'un hémisyndrome parkinsonien intéressant le côté gauche du corps et prédominant au membre supérieur. L'état du malade continue à s'aggraver sans que l'hémisyndrome parkinsonien se bilatéralise, constatation faite deux ans après le traumatisme.

Angiome racémeux de la moelle et angiome choroïdien,
par MM. P. Kissel, G. Arnould, J. Lepoire, J.-B. Dureux, P. Tridon et J. Schmitt

Sujet âgé de 45 ans, chez lequel on constate une paraplégie spasmodique, une hypoesthésie douloureuse et thermique remontant à D. 12, des troubles sphinctériens, une dissociation albumino-cytologique. A la radio, pas de lésion vertébrale. A l'examen ophtalmologique, angiome choroïdien susmaculaire gauche. Après myélographie lipiodolée, intervention et découverte d'un angiome racémeux volumineux à la face postérieure de la moelle. Malade en voie de rééducation.

Ablation en masse du kyste hydatique intrahémisphérique par augmentation de pression dans le ventricule latéral opposé, par M. J. Le Beau.

Présentation du malade opéré. Technique employée consistant à enlever le kyste sans l'ouvrir et le ponctionner ; léser le cerveau au minimum puisque les parois du kyste hydatique n'ont jamais d'adhérences avec la substance cérébrale.

Aspect clinique et électro-encèphalographique d'une encéphalite suraiguë et d'un syndrome catatonique, complications de la grippe A.57 virologiquement confirmée, par MM. Coulonjou, I. Nicolet et J. Menez.

Deux cas sont rapportés. Le premier concerne une femme de 42 ans qui, cinq jours après le début de la grippe, présente des convulsions généralisées suivies de coma. Le liquide céphalo-rachidien montre une réaction méningée avec hyperglycorachie. La déviation du complément est positive pour la grippe (antigène A). Guérison rapide. Amélioration rapide des anomalies électro-encéphalographiques.

La deuxième observation a trait à un adolescent de 16 ans qui, au cours de la défervescence d'une grippe dans laquelle la réaction de Hirst était positive à l'antigène A. 57, présente un syndrome catatonique. Traité par un abcès de fixation, l'amélioration fut spectaculaire. Persistance des bouffées dysrythmiques 6,5 c./s. dans les tracés électro-encéphalographiques.

La stimulation capsulaire chez l'homme. Son intérêt dans la stéréotaxie pallidale pour syndromes parkinsoniens, par MM. G. Guiot, J. Rougerie, M. Sachs et H. Hertzog.

Description de la technique utilisée par les auteurs. La stimulation capsulaire au cours des interventions stéréo-toxiques sur le pallidum est une des méthodes qui permet le repérage précis du bord postérieur pallidal ; elle concourt à donner à l'intervention une plus grande valeur physiologique.

Discussion R. Thurel et J. Nehlil.

Sur une forme particulière du nystagmus dans la maladie de Friedreich, par MM. A. Kreindler, V. Voicoulesco et M. Stériade

Deux malades atteints de maladies de Friedreich présentent une forme particulière de nystagmus dont les décharges électro-encéphalographiques peuvent être rapprochées des décharges myocloniques. Ce type pourrait être attribué à une lésion cérébelleuse et particulièrement à une lésion du système dento-rubrique. La possibilité de le déclencher à l'aide d'excitations auditives, d'émotions de le faire disparaître sous l'influence de la chlorpromazine, plaide pour l'action d'un mécanisme réticulaire.

L. Marchand.

Séance du 29 mars 1958

Sclérose en plaques et tétanie. Des tétanies neurogènes, par MM. G. Arnould, P. Harteman, B. Dureux, P. Tridon et J. Schmitt

La coexistence de signes neurologiques, médullaires ou encéphalo-méningés et de signes de spasmophilie avec crises de tétanie est souvent observée. L'hypothèse d'un mécanisme nerveux à l'origine de certaines crises de téta-

nie est ainsi soulevée sans conclusions fermes. Les auteurs apportent dans le débat une observation privilégiée en faveur de la réalité des tétanies d'origine centrale par lésion patente du système nerveux chez une femme atteinte de sclérose en plaques.

Syndrome du tronc cérébral, séquelle d'un traumatisme cranien fermé. Troubles du rire, par M. J. Dereux

Sujet de 30 ans, atteint de trois traumatismes (électrocution et chute en 1950, chute et renversement par auto en 1957) qui présente un syndrome cérébelleux gauche, des troubles de la parole et du rire, hyperesthésie de certains territoires des membres gauches, paralysie du moteur oculaire externe gauche, parésie faciale droite. Cet ensemble symptomatique dépend de lésions localisées dans le tronc cérébral et peut-être aussi dans le cervelet.

Modifications de la tension artérielle d'origine vésicale chez les traumatisés médullaires, par MM. A. Grossiord, J.-P. Held, M. Bitker et M. Drosdowsky.

Deux cas démonstratifs concernant des traumatisés médullaires sont rapportés. La distension vésicale entraîne d'importantes élévations de pression artérielle accompagnées d'un cortège symptomatique très riche ; ces modifications sont atténuées ou même supprimées par les ganglioplégiques ou par la novocaïne.

Remarques sur certaines données étiologiques de la myasthénie d'Erb-Goldflam (âge et sexe) et leurs incidences sur la thérapeutique de la maladie. La myasthénie de l'homme jeune est en l'absence de tumeur médiastinale une bonne indication de l'énervation sinu-carotidienne, par M. A. Thévenard.

Etude de 28 cas de myasthénie chez l'homme et d'une série de 56 cas des deux sexes. Sur les 28 cas de myasthénie chez l'homme, le début s'est fait à deux périodes, entre 20 et 25 ans et entre 35 et 55 ans. Le pronostic des cas à début tardif a été plus sévère. Tous les sujets qui étaient porteurs de tumeurs médiastinales sont morts dans un délai de 2 à 5 ans après la détection de la tumeur. L'énervation sinu-carotidienne a fourni des résultats dans les cas ayant débuté avant 35 ans. Elle trouve son indication chez le myasthénique jeune (avant 40 ans), non porteur de tumeur médiastinale.

Tumeur vasculaire complexe de la région pariéto-occipitale gauche (hémangio-réticuloblastome chez une jeune fille de 16 ans), par MM. Garcin, J. Guillaume et S. Godlewski.

Chez la malade âgée de 16 ans, céphalée permanente, hallucinations élémentaire colorées qui annoncent chaque fois une crise comitiale, difficultés de lecture, troubles du champ visuel droit. Les premières manifestations sont apparues à l'âge de 3 ans. Intervention. Enorme tumeur très vasculaire du volume d'une grosse orange dans la région pariéto-occipitale gauche. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un hémangio-réticuloblastome à évolution très lente et à longue tolérance. Suites opératoires excellentes.

Note sur une dilatation probablement congénitale du canal rachidien lombaire et sacré, sans image tumorale à la myélo-radiculographie
R. Garcin, J. Guillaume et St. Godlewski.

Dans les mois qui suivirent l'intervention chirurgicale chez la malade qui fait l'objet de la communication précédente, celle-ci se plaignait de douleurs lombaires. Les radiographies décèlent un bloc vertébral (D 10-D 11) et un élargissement marqué du canal rachidien lombaire. Son remplissage par substance de contraste ne décèle aucune récidive tumorale. Cette dilatation considérable du canal rachidien lombaire n'est qu'une simple anomalie congénitale de même que le bloc D 10-D 11.

Diverticules paradiculaires intrasacrés,
par MM. J. M. Espadaler Median, R. Sales Vasquez et J. Sole Lienas

Sujet de 53 ans atteint de crises douloureuses lombo-sacrées spontanées avec irradiations à la face postérieure de la cuisse gauche et plus tard de la cuisse droite, accompagnées de mictions impérieuses. Impotence discrète du pied gauche. La radiculo-myélographie décèle une formation kystique au-dessous du cul-de-sac méningé sacré. Intervention. A l'examen histologique, il s'agit d'un diverticule méningo-radiculaire.

Forme familiale d'arthrogrypose,
par MM. R. Dailly et M. Samson

Chez un adolescent de 16 ans et chez sa mère, on note la limitation de certaines articulations et la dystrophie musculaire, les deux signes essentiels de l'arthrogryposis multiplex congenita ou amyoplasie congénitale. Les caractères pseudo-myopathiques communs aux deux observations sont surtout apparents chez la mère en raison de la discrétion des limitations articulaires chez elle. L'affection est malformative, non évolutive et à caractère héréditaire.

Étude de la fibre musculaire striée en éclairage oblique,
par M. P. Delmas-Marsalet

La fibre striée, lavée et montée dans du sérum, puis examinée avec un pinceau lumineux oblique montre autant, sinon plus, de détails que le procédé au chlorure d'or. Les disques clairs et les disques sombres ne sont visibles que si le pinceau de lumière est dans l'axe longitudinal de la fibre examinée. Les constatations dans la maladie de Parkinson obligent à considérer une physiologie musculaire basée sur l'existence de disques, l'un contractile, l'autre élastique.

L. Marchand.

Séance du 24 avril 1958

Myasthénie avec tumeur thymique. Mort en crise aiguë six ans après une énervation sinu-carotidienne, par G. Boudin.

Myasthénie apparue chez une femme de 45 ans en 1948. En 1951, état extrêmement grave. Une radiographie du thorax montre l'existence d'une tumeur thymique. Enervation sinu-carotidienne bilatérale. Amélioration et guérison. Rechute en 1957 à la suite d'une grippe. La tumeur thymique a augmenté de volume. Mort subite.

Compression médullaire à forme de pseudo-sclérose latérale amyotrophique. A propos de deux observations, par J Boudouresques, J. Roger, Roger, J. Bonnal et R. Vigouroux.

Dans le premier cas, le tableau clinique à la suite d'un traumatisme simule la sclérose latérale amyotrophique. Au lipiodol, arrêt à C 6-C 7. Intervention : kyste sous-dural comprimant la moelle.

Dans le deuxième cas, sujet de 72 ans : amyotrophie nette des deux membres inférieurs avec contractions fasciculaires. Blocage manométrique ; myélographie lipiodolée. Arrêt du lipiodol au niveau de la D1. Intervention, méningiome épithélial. Résultats opératoires remarquables.

Sur un cas de torticolis spasmodique associé à des mouvements anormaux de la face, de la langue et du membre supérieur gauche. Amélioration par la pédonculotomie, par MM. D. Petit-Dutaillis et J.-A. Chavany et R. Messimy.

Sujet de 24 ans. La dystonie remonte à l'enfance. Elle intéresse le cou, la face, le membre supérieur gauche. La parole est troublée. Intervention : pyramidotonie pédonculaire par voie temporale. Résultat favorable concernant le torticolis et le rétrocolis, les mouvements anormaux, l'hypertonie du membre supérieur gauche, les spasmes faciaux. La parole reste défectueuse. La régression du déficit pyramidal post-opératoire est rapide.

Quinze ans d'essais thérapeutiques dans la névralgie essentielle du trijumeau : la place de la diphénylhydantoïne. Étude des dérivés, par M. Bergouignan.

Sur 30 malades, 26 ont vu cesser leurs crises par l'administration quotidienne de 4 à 6 comprimés (de 0,40 à 0,60) de diphénylhydantoïnate de soude. La rémission ne s'est maintenue que chez dix malades, grâce à un traitement d'entretien.

Deux cas pour diagnostic : amyotrophie Charcot-Marie ou névrite interstitielle hypertrophique, par A. Thévenard et H. Berdet.

Les malades offrent le tableau typique de l'amyotrophie Charcot-Marie, auquel s'ajoute une hypertrophie des nerfs périphériques. L'étude histologique de la branche auriculaire décèle des images de névrite interstitielle

hypertrophique. Pour les auteurs, la névrite n'est qu'une réaction tissulaire hérédo-dégénérative et non une maladie autonome ; ils définissent les deux cas : amyotrophie Charcot-Marie avec hypertrophie neurale.

L. Marchand.

Séance du 30 juin 1958

Sur deux observations de syndrome de Franceschetti fruste,
par MM. Calmettes, Déodati, Bec

Les auteurs rapportent deux observations de dermoïde du limbe. Dans la première, le dermoïde du limbe est associé à des fistules borgnes entre bouche et oreille et fibrochondrome du pavillon de l'oreille. Dans la seconde, le dermoïde est associé à un colobome de la paupière supérieure et à des malformations mandibulo-faciales. Ils concluent que le syndrome de Goldenhar : dermoïde du limbe-appendice auriculaire, entre avec le syndrome de Franceschetti dans le cadre des malformations de l'extrémité céphalique.

L'hypotension artérielle rétinienne orthostatique,
par MM. Giraud et Rouher (Clermont-Ferrand)

L'hypotension artérielle rétinienne orthostatique est un signe objectif facile à mettre en évidence au cours du syndrome post-commotionnel. On l'observe également au cours du syndrome cervical de Barré et Liéou et cette constatation renforce l'hypothèse de la similitude physiopathologique des deux affections qui peuvent être considérées comme neuro-vasculaires et en rapport avec une hyperaction du système parasympathique.

Angiopathie rétinienne traumatique de Purtscher,
par MM. J. Géraud, A. Couadau, R. Turon, A. Rascol

Rapport d'un cas de rétinite hémorragique veineuse à la suite d'une compression violente de l'abdomen et notamment de la région sous-hépatique. Hypertension intracranienne, guérison en quinze jours.

Le syndrome de Romberg dans le cadre de l'hémiatrophie faciale,
par MM. Calmettes, Amalric, Bessou

Exposé de cinq observations d'atrophie faciale, dont deux cas hérédo-familiaux et trois cas primitifs ont succédé à des traumatismes ou des avulsions dentaires. Etude physiopathogénique.

Épilepsie bravais-jacksonienne et neurinome de l'acoustique,
par MM. M. Riser, G. Lazorthes, J. Bénazet, Mme J. Salanova, M. J. Martinez

Observation d'un malade qui présentait une symptomatologie apparente de neurinome de l'acoustique droit, accompagnée depuis cinq mois de crises

bravais-jacksoniennes dans le membre supérieur droit, typiques, au rythme de une par semaine.

Une intéressante discussion fut soulevée, tout d'abord, sur l'atteinte de la VIII[e] paire, le malade étant chaudronnier de métier, ensuite sur la possibilité d'une double localisation neuro-fibromateuse cérébrale, celle-ci ayant été éliminée par l'électro-encéphalographie et l'artériographie. L'intervention confirma l'existence r'un neurinome de la VIII[e], qui fut extirpé ; les crises bravais-jacksoniennes disparurent complètement.

D'une revue de la littérature, il ressort que les manifestations bravais-jacksoniennes sont exceptionnelles dans les tumeurs de la fosse postérieure et semblent en rapport avec l'hypertension cranienne.

L. Gayral.

Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales

Séance du 31 mai 1958

Présidence : M. R. A. LEY

Kyste colloïde du III[e] ventricule. (*Présentation de la malade*), par MM. Paul et Philippe Martin (Bruxelles)

Les auteurs présentent l'observation d'une malade de 30 ans, adressée au service de neurochirurgie pour suspicion de tumeur cérébrale. L'interrogatoire, l'examen clinique, l'examen oculaire et la radiographie standard du crâne ne révélaient que des signes d'hypertension intracranienne, dont le début clinique remontait à deux mois environ.

L'examen électro-encéphalographique et l'angiographie cérébrale n'ont pas permis de porter un diagnostic de localisation. Par contre, l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire a objectivé une hydrocéphalie assez importante, sans toutefois mettre le III[e] ventricule en évidence.

La ventriculographie directe a permis de localiser la lésion au toit du III[e] ventricule avec obstruction partielle des trous de Monro.

Lors de l'intervention on a pu vérifier, par voie frontale intra-ventriculaire, la présence d'un kyste colloïde du III[e] ventricule, dont l'exérèse totale a pu être réalisée après élargissement du trou de Monro. Les suites opératoires ont été assez simples.

L'examen histologique confirme le diagnostic de kyste colloïde. Les auteurs attirent l'attention sur la pauvreté symptomatologique de pareilles lésions. Ces kystes semblent issus de la paraphyse ou des éléments du toit ventriculaire embryonnaire.

La culture des tumeurs cérébrales humaines. Premiers résultats personnels, par MM. A. Dereymaeker, J.-M. Brucher, P. de Somer et R. Brasseur (Louvain).

Depuis plus d'un an, les auteurs ont pu cultiver « in vitro » une trentaine de tumeurs cérébrales humaines de tous les types. Grâce à cette méthode encore peu répandue, plusieurs faits intéressants furent déjà observés, notamment au point de vue morphologique et dynamique.

Il est possible de reconnaître les différents types cellulaires constituant l'élément prépondérant de chaque forme tumorale : astrocytome, spongioblastome polaire, glioblastome, épendymome, neurinome et méningiome. Les nodules typiques du méningiome se forment dans la culture à partir de cellules isolées. Cette caractéristique dynamique du méningiome a été observée pour la première fois par G. Kersting et H. Lennartz en 1957.

La transformation progressive d'un type cellulaire dans un autre plus ou moins différencié permet de comprendre la morphogénèse des cellules tumorales.

Les résultats encourageants de ces premiers essais de cultures cellulaires permettent d'entrevoir de nombreuses possibilités pratiques et théoriques. Il sera possible de préciser la classification des tumeurs cérébrales et d'établir ainsi un pronostic plus exact. L'étude de la physiologie des cellules tumorales et de l'action de différents produits sur le métabolisme cellulaire renforce l'espoir que l'on arrivera peut-être un jour à traiter les tumeurs cérébrales par la chimiothérapie.

Paraplégie flasque d'installation brutale, premier signe d'une leucémie aiguë, par MM. P. Dustin, J. Mage, Ph. Martin et J. Robert.

Relation d'un cas d'un homme de 26 ans chez lequel on vit s'installer, après une période de violentes douleurs lombaires qui a duré quinze jours, une paraplégie d'abord spastique puis flasque avec anesthésie totale et abolition des réflexes. La myélographie montre une image de compression épidurale en D 10, et l'examen du sang révèle une formule de leucémie. Malgré les irradiations pratiquées, le malade meurt quinze jours après le début des signes neurologiques. Etude histologique et revue de la littérature au sujet des complications neurologiques de leucémies.

Réparation des paralysies faciales par anastomose facio-phrénique, par M. A. Dereymaeker (Louvain)

Dans les paralysies faciales récentes, l'anastomose entre le nerf facial et le phrénique donne des résultats satisfaisants. Cette technique paraît meilleure que les anastomoses entre facial et spinal d'une part, facial et hypoglosse d'autre part pour les motifs suivants :

1) Technique opératoire relativement aisée.

2) Récupération motrice assurée dans un grand nombre de cas, du fait que le phrénique est un nerf moteur pur.

3) L'avantage principal de la technique réside dans l'absence complète d'un nouveau déficit paralytique imposé au malade pour corriger la para-

lysie faciale. La gêne respiratoire consécutive à l'opération est négligeable si la capacité pulmonaire a été jugée suffisante avant l'intervention.

Cette méthode est supérieure aux procédés traditionnels, mais il faudra encore chercher à la perfectionner, en particulier en essayant de faire réhabiter la branche supérieure du facial qui, dans les observations de l'auteur, n'a jamais récupéré de façon appréciable.

Extinction d'un membre fantôme chez un amputé de jambe au cours d'une compression médullaire par hernie discale cervicale. Reviviscence du fantôme après exérèse chirurgicale de la hernie, par M. J. Brihaye (Bruxelles).

Présentation d'une observation clinique de membre fantôme, qui s'évanouit au cours d'une compression médullaire cervicale par hernie discale, et qui réapparut après exerèse chirurgicale de la hernie et régression du déficit sensitif sous-lésionnel.

Cette observation met en évidence la participation d'influx périphériques ascendants à l'entretien de l'illusion fantôme.

J. Ley.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Compte rendu du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française

LVI^e Session (Strasbourg, 21-26 juillet 1958)

par Paul **ABÉLY**

Ce Congrès a connu comme les précédents un grand succès ; il s'écoula sous un ciel un peu lourd, mais ensoleillé, et sous l'œil curieux des cigognes, bien vivantes, qui dominaient la situation du haut des toits strasbourgeois.

La séance inaugurale fut ouverte par M. le Doyen FONTAINE, de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Les délégués étrangers prirent ensuite la parole : MM. le D^r EVRARD pour la Belgique, le D^r SUBIRANA pour l'Espagne, le Professeur KOURETAS pour la Grèce, le D^r POSLAWSKY pour la Hollande, le D^r PADOVANI pour l'Italie, le D^r MISCHO pour le Luxembourg, le Professeur MILLER-GUERRA pour le Portugal, le D^r STECK pour la Suisse.

Le Professeur NAYRAC, président du Congrès, prononça alors le discours d'usage. Il fut écouté dans un profond silence. Sa terminaison fut suivie d'un tonnerre d'applaudissements prolongés.

Le sujet qu'il avait choisi : « L'angoisse de Saint-Exupéry », fut traité par lui avec une finesse clinique et une élégance de présentation qui méritaient incontestablement une telle ovation.

L'angoisse de Saint-Exupéry était, dit-il, d'un genre particulier, elle portait la marque de l'ascension dans le développement de la personnalité. De telles angoisses sont des instruments d'élévation, le médecin doit les aborder avec prudence et avec respect.

Après cette séance d'ouverture, les congressistes furent reçus au célèbre hôpital civil de Strasbourg. Cette visite fut suivie d'un lunch au menu hautement apprécié par tous ; ce lunch, offert par le Direc-

teur et le Conseil d'Administration des hospices civils de Strasbourg, se déroula dans le cadre unique des caves de l'hôpital civil.

Le lendemain 22 juillet, en fin d'après-midi, ce fut la splendide promenade sur le Rhin, accompagnée de festivités gastronomiques. Les congressistes purent admirer l'intense activité et le remarquable essor du port de Strasbourg. Le mercredi 23 juillet se situe la belle réception à l'Hôtel de ville et, le soir, la soirée musicale avec l'audition de musique ancienne dans le cadre exceptionnel de l'Œuvre Notre-Dame.

Toute la journée du 24 juillet fut consacrée à l'envol vers le Haut-Rhin, par Obernai, le Mont Sainte-Odile, le Holwald, puis à l'arrivée, aux alentours de midi, au bel établissement psychiatrique de Rouffach. Les congressistes y furent reçus et traités d'une façon fastueuse. La journée se termina par la visite de Colmar et du Musée des Unterlinden.

Enfin, les congressistes furent reçus et arrosés du nectar local dans ce bijou touristique qu'est la petite ville de Riquewihr.

Le 25 juillet, une importante journée de travail se termina par la belle soirée du Congrès dans les salons de l'Aubette. Mais, auparavant, à 13 heures, quelques privilégiés avaient apprécié le sommet de l'art culinaire alsacien dans le cadre enchanteur de la Maison des Tanneurs, parmi le charme de la Petite France.

Le samedi 26, le banquet offert par les Hôpitaux psychiatriques de Hoerdt et de Stéphansfeld clôtura cet inoubliable Congrès.

Entre-temps, l'Assemblée du Conseil d'Administration et l'Assemblée générale extraordinaire avaient déjà préparé le futur Congrès 1959. Celui-ci se tiendra à Tours vraisemblablement dans la première décade de juin 1959. Il sera présidé par le Dr Frantz Adam (de Vanves). Le vice-président sera le Dr Baruk, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris ; les secrétaires locaux seront : MM. les Drs Fromenty et P. Sizaret.

Les sujets des rapports seront les suivants :

Psychiatrie : L'apport de la phénoménologie à la psychiatrie contemporaine. Rapporteur : le Dr Hesnard (Toulon).

Neurologie : Agénésie du corps calleux. Rapporteur : le Professeur agrégé Rohmer (Strasbourg).

Assistance : Organisation psychiatrique extra-hospitalière. Rapporteur : le Dr Duchesne (Paris).

I. RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Résumé du rapport de psychiatrie de M. ANGELERGUES

Le syndrome mental de Korsakow, étude anatomo-clinique

Le syndrome de Korsakow est défini ici comme un trouble exclusivement mental, caractérisé par la triade symptomatique : amnésie, fabulation, désorientation ; il revêt une indiscutable spécificité et mérite une autonomie par rapport aux syndromes confusionnels et démentiels, avec lesquels il a été souvent confondu, et aux amnésies antérogrades banales ; l'amnésie korsakowienne est une amnésie confabulante, un « délire de mémoire ».

Le syndrome mental de Korsakow peut être observé au cours d'affections très diverses ; la première place est occupée par les états toxi-infectieux et, en particulier, les encéphalopathies carentielles dans l'étiologie desquelles l'alcoolisme joue un très grand rôle. Il est aussi observé au cours des états démentiels et confuso-démentiels et son autonomie paraît là fragile par rapport à la « presbryophrénie » de Wernicke. Il est enfin fréquent au cours des traumatismes craniens et des tumeurs intracraniennes.

Après cet essai de délimitation et de situation cliniques, l'auteur expose les diverses lésions anatomiques qui ont été décrites et supposées responsables du syndrome mental.

L'accent fut d'abord mis sur les lésions diffuses du névraxe, et plus particulièrement l'atteinte des structures corticales. Si cette conception repose en partie sur des ambiguïtés cliniques, du fait de l'absence de différenciation entre le syndrome de Korsakow et les états confuso-oniriques, elle ne saurait être aujourd'hui entièrement rejetée, car certains arguments existent en sa faveur.

Malgré le cas de Dide et Betcazo et les problèmes posés par l'anasognosie de la cécité corticale, les lésions occipitales paraissent peu en cause dans l'étiologie du syndrome mental.

L'attention a été attirée sur les lésions frontales par Marcus et Carmichaël et Stern ; un certain nombre de cas de tumeurs et de traumatismes ont été décrits. L'auteur a cependant constaté la rareté du syndrome de Korsakow au cours des tumeurs du lobe frontal.

L'importance privilégiée des lésions des structures méso-diencéphaliques paraît, par contre, indiscutable. Signalées d'abord par Gudden, elles ont été décrites de façon magistrale par Gumper dans l'alcoolisme ; les études anatomiques ont été ensuite multipliées et, récemment en France, Girard et son école, Delay et Brion, Gruner, ont apporté des arguments nouveaux et probants. Depuis les études de Claude et Lhermitte, de nombreuses observations de syndrome de Korsakow dans les tumeurs de la région hypothalamique ont été décrites. Il existe aussi des cas des lésions vasculaires et traumatiques. L'auteur rapporte l'observation de diverses étiologies.

Récemment, l'accent a été mis sur le rôle conjoint de l'atteinte des structures rhinencéphaliques et à la lésion privilégiée des corps mamillaires, reconnue depuis Bamper, tend à se substituer la notion d'atteinte de circuits anatomiques incorporant les formations temporales internes, méso-diencéphaliques, et probablement corticales, en particulier orbito-frontales.

L'interprétation physio- et psycho-pathologique de ces confrontations

anatomo-cliniques doit, selon l'auteur, éviter deux écueils : ramener le trouble fondamental à une altération de processus élémentaires, généraux et non spécifiques, et le concevoir comme le trouble d'une fonction particulière dont le « centre » serait méso-diencéphalique.

Communications de psychiatrie

Etude électro-clinique de 23 cas de syndrome de Korsakow

par MM. S. Graux, R. Rabache, J. Delahousse (Lille)

Dans 23 cas de syndrome de Korsakow, tous typiques cliniquement, la moitié environ des tracés électro-encéphalographiques (12) sont très anormaux (ondes lentes diffuses irrégulières, activées par l'hyperpnée), l'autre moitié étant discrètement anormale (perturbations diffuses mineures de l'électrogénèse de fond), aucun tracé n'étant strictement normal.

C'est dans le groupe des tracés les plus anormaux que l'on trouve l'âge moyen le plus élevé, le plus grand nombre de névrites optiques et de cirrhoses.

Dans le groupe des tracés discrètement anormaux, on trouve un âge moyen moins élevé, trois débuts plus rapides, trois polynévrites plus discrètes. Il y a moins d'atrophies optiques, le foie est moins atteint.

Mais les huit pneumo-encéphalographies pratiquées décèlent des atrophies cérébrales aussi nombreuses et d'importance à peu près équivalente dans les deux groupes.

Quelques aperçus relatifs aux cas de syndrome de Korsakow internes

par MM. M. Leconte et Morel (Neuilly-sur-Marne)

Dans un service d'une population moyenne de 400 malades, recevant, en deuxième temps, des malades dont la répartition a subi, en cinq ans, des variations du fait de l'existence de services pour assurés sociaux, puis de l'instauration d'un système de secteurs dits géographiques, les auteurs ont relevé, en cinq ans, trois cas méritant que soit invoquée l'étiquette syndrome de Korsakow.

Ils font part de quelques notes cliniques portant sur les éléments des psycho-diagnostic, somato-diagnostic, bio-diagnostic, et socio-diagnostic qui confirment certaines données incontestablement médicales et biologiques de la psychiatrie, telles que la fréquence de la multiplicité des étiologies (faisceau étiologique riche et net dans deux des trois cas invoqués) et la précarité des traitements dits accélérés.

A propos de 3 cas de Korsakow post-traumatique

par MM. G. Daumézon et G. Benoit (Paris)

Trois observations privilégiées de troubles de la mémoire post-traumatiques posent dans leur sémiologie et dans leur évolution le problème du diagnostic et de la psychose de Korsakoff, et de la presbyophrénie. C'est remettre en cause une discussion historique. L'étude de ces cas apporte, et

c'est son intérêt, de nouveaux éléments pour cette distinction, et permet de poser le problème de manière élargie de la confusion et de la démence.

Tous les traumatismes ont été graves, les périodes de coma de plusieurs heures, un état confusionnel s'est ensuivi pendant quelques jours à quelques semaines.

Le premier malade, âgé de 80 ans, à la suite d'une longue période de fabulation avec déficit intellectuel mais d'allure korsakowienne, termine son existence dans un état presbyophrénique. Le second malade, âgé de 60 ans, après plusieurs mois d'un syndrome de Korsakow, devient un affaibli intellectuel sans fabulation capable de mener à bien une existence normale dans un univers restreint. Le troisième, âgé de 35 ans, récupère, à la suite d'un syndrome de Korsakow, un état semblable à l'état antérieur.

L'âge, l'artériopathie surajoutée, peuvent expliquer d'abord de telles différences évolutives, la notion de traumatisme cranien d'égale violence pour les trois étant le point commun et de départ.

Le problème est sémiologique, y a-t-il concomitance de la confusion et du déficit intellectuel ? Peut-on, au cours d'un examen, reconnaître le déficit à travers la confusion ?

Dans ces cas particuliers, il semble que seule l'évolution peut, non seulement le dire, mais le faire, le déficit ne coexiste pas dans les premiers temps avec le syndrome korsakowien, il se constitue. Ainsi apparaît qu'en matière de troubles de la mémoire post-traumatique avec fabulation, on a intérêt à évoquer le diagnostic de Korsakow qui, sous sa forme syndrome, est un état d'attente plutôt que celui de presbyophrénie.

Il est notable que, dans la littérature, on ne retrouve que deux observations de presbyophrénie post-traumatique.

Les lésions anatomiques cérébrales dans la polynévrite associée au syndrome de Korsakow ou à l'encéphalopathie de Wernicke

par MM. J. Lereboullet, R. Pluvinage et R. Levillain (Paris)

Les auteurs ont étudié du point de vue anatomique douze cas de polynévrite associée le plus souvent à un syndrome de Korsakow ou à une encéphalopathie de Wernicke sans qu'on puisse établir de frontières précises entre ces deux affections. Ils insistent sur le caractère diffus des lésions. L'atrophie corticale a été retrouvée dans tous les cas sauf un ; de même, dans tous les cas existait une dilatation ventriculaire importante prédominant sur le III[e] ventricule. Dans six cas existaient des lésions très importantes du corps calleux. L'atteinte des tubercules mamillaires a été retrouvée dans trois cas. Dans tous les cas existaient d'importantes suffusions périventriculaires, notamment autour du III[e] ventricule.

Les auteurs pensent donc qu'il est difficile de considérer telle ou telle lésion, et notamment l'atteinte des tubercules mamillaires comme spécifique du syndrome de Korsakow. Il n'existe d'ailleurs aucune corrélation clinique entre le type et l'intensité des lésions et la nature et l'importance des troubles psychiques observés.

L'encéphalographie gazeuse dans les polynévrites alcooliques

par MM. J. Lereboullet, R. Pluvinage et Cl. Amstutz (Paris)

Les auteurs ont repris l'étude de 76 cas de polynévrite éthylique isolée ou associée à des troubles psychiques du type syndrome de Korsakow ou encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Dans 33 cas, une encéphalopathie gazeuse fut pratiquée ; dans quatre, seule fut pratiquée la vérification anatomique. Les cas ayant eu une encéphalographie comportent vingt-quatre cas de polynévrite avérée et neuf formes frustes. Les troubles psychiques, absents dans cinq cas, étaient minimes ou atypiques dans onze cas et revêtaient le type de la psychose de Korsakoff dans douze cas. Dans sept cas, le tableau complet de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke était réalisé. De façon constante, une atrophie cérébrale a été retrouvée, soit à forme périventriculaire, soit à forme corticale, avec dans la majorité des cas la combinaison des deux types d'atrophie.

Les auteurs n'ont pas constaté de parallélisme entre l'intensité des troubles psychiques, le degré de l'atrophie cérébrale et l'intensité de la polynévrite. Ils estiment que la polynévrite et l'atrophie cérébrale représentent deux localisations différentes du même processus dysmétabolique d'origine carentielle. Les troubles psychiques du type Korsakow survenant au cours des polynévrites témoignent toujours d'une atteinte encéphalique associée, plus ou moins grave, et sur le plan clinique, il est impossible de séparer les troubles psychiques de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke et ceux de la psychose polynévritique de Korsakoff.

Même en l'absence de troubles psychiques, l'atteinte encéphalique paraît constante au cours des polynévrites éthyliques, qui ne doivent pas être considérées comme une lésion périphérique isolée et régressive, mais comme un des éléments d'une atteinte grave et diffuse du système nerveux.

Syndrome de Korsakow post-traumatique
Etude anatomo-clinique

par MM. E. Evrard, P. Divry et V. Molders (Liége)

A la suite d'un traumatisme cranien entraînant des fractures surtout frontales gauches et un coma de douze jours, un homme de 50 ans, sans passé alcoolique, développe, après une phase confusionnelle, un syndrome psychique chronique caractérisé par des troubles mnésiques rétro-antérogrades, par de la désorientation spatiale et temporelle (bouleversement du « temps vécu »), par une confabulation extravagante, par une anosognosie à l'égard de sa cécité traumatique, par des fausses reconnaissances, une perte de l'autocritique et du frein moral et par des troubles graves de l'humeur, qui évoquent très nettement un syndrome psychique de Korsakow.

Ce tableau clinique est conditionné par des lésions graves des lobes préfrontaux, surtout de leur face orbitaire ; les foyers malaciques, bilatéraux, prédominent à gauche, où ils s'accompagnent de la formation d'une cavité porencéphalique située au niveau du gyrus rectus et communiquant avec la corne frontale du ventricule latéral. Les ventricules sont ectasiés. Il n'y a pas d'autres foyers traumatiques dans le reste de l'encéphale.

Phases korsakowiennes au cours de la restructuration Post-électrochoc

par MM. Th. Kammerer et R. Ebtinger (Strasbourg)

Après un aperçu de la littérature consacrée aux syndromes de Korsakow survenant au cours de l'électrochocthérapie intensive, les auteurs décrivent, en apportant des exemples, les phases korsakowiennes brèves observables en période post-électro-choc au cours des traitements classiques des psychoses mélancoliques et maniaques. Ces phases, qui n'apparaissent qu'en fin de cure comportent, outre les signes confusionnels, les troubles de la mémoire et l'euphorie, une fabulation particulière qui est la transposition de la problématique du malade à un niveau de conscience inférieur. Les phases korsakowiennes qui doivent être interprétées en fonction des phases précédentes apparaissent comme des situations liquidatrices. Une comparaison est faite entre la fragilité de l'organisation des fonctions de conscience dans les psychoses maniaco-dépressives et sa rigidité dans les psychoses chroniques, où les syndromes de Korsakow n'apparaissent qu'après un traitement intensif et comportent une fabulation neutre sans rapport avec le délire.

A propos d'une observation d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke

par M. H. Vermorel, Mlle F. Groussier et Mme M. Vermorel (Lorquin)

Les auteurs étudient l'évolution clinique d'un malade alcoolique ayant présenté les symptômes de la maladie de Gayet-Wernicke, à son entrée à l'hôpital psychiatrique.

A partir des données biologiques et de la thérapeutique appliquée, la pathogénie de cette affection est discutée. Il ne semble pas que des carences vitaminiques soient seules en cause ; les perturbations protéiques semblent avoir joué dans ce cas un rôle primordial.

La figure complexe de Rey chez les alcooliques chroniques

par M. J. Cosnier (Lyon)

L'auteur ayant fait subir l'épreuve de la figure complexe de Rey à 50 alcooliques chroniques hospitalisés pour cure de désintoxication, aboutit aux conclusions suivantes :

Le type de reproduction, les durées de l'épreuve de copie et de l'épreuve de mémoire, l'exactitude dans l'épreuve de copie se maintiennent à un niveau normal.

Par contre, c'est l'exactitude dans l'épreuve de mémoire qui est spécifiquement atteinte chez ce type de malades. Elle prouve un déficit important et parfois insoupçonné (perte moyenne de 18 points entre copie et mémoire).

Les plus grands déficits sont indépendants du niveau de la copie mais en rapport direct avec la gravité de la maladie.

Ce test essentiellement clinique, d'application rapide, permettant d'évaluer le niveau mental de base et le degré de détérioration semble particulièrement rentable dans l'examen des éthyliques chroniques.

Diminution du nombre des encéphalopathies éthyliques aiguës Augmentation du nombre des encéphalopathies chroniques dans un service hospitalier de neuro-psychiatrie

par MM. B. Pommé, R. Planche, Mme S. Planche et M. J. Girard (Clermont-Ferrand)

Alors que les précédentes statistiques du service de neuro-psychiatrie de M. le professeur Pommé à Clermont-Ferrand montraient de 1952 à 1956 un pourcentage d'entrants atteints d'éthylisme de 50 %, 1957 semble marquer un tournant dans l'imprégnation alcoolique de la région, en accord d'ailleurs avec certaines constatations faites dans d'autres régions françaises, en particulier pour les cirrhoses éthyliques. Le nombre des encéphalopathies aiguës a assez nettement diminué pendant l'année 1957 et le début de 1958 confirme cette notion.

Par contre, les encéphalopathies éthyliques chroniques (syndrome de Korsakow par exemple), semblent en augmentation sensible, répondant avec un certain retard à la poussée d'éthylisme d'après-guerre.

Ce fait semble explicable par la longueur nécessaire du temps d'imprégnation conditionnant le déclenchement de ces atteintes atrophiques.

Atrophie cérébrale considérable chez un malade ayant présenté successivement un délire alcoolique, un syndrome de Gayet-Wernicke, un syndrome de Korsakow Présentation du cas 4 ans après

par MM. H. Collomb, J. Laurent et J. Guédel

Résumé. — A l'occasion d'un traumatisme minime, un sujet de 32 ans, éthylique de longue date, présente un état délirant, de type onirique, rapidement compliqué d'un syndrome méningé. Au décours du syndrome méningé apparaît une encéphalopathie de Gayet-Wernicke typique. Puis le tableau est celui d'un état démentiel, avec gâtisme, qui va évoluer en s'améliorant pendant 18 mois en même temps qu'apparaît un syndrome de Korsakow.

L'atrophie cérébrale a été d'emblée très importante, et s'est accentuée progressivement pour atteindre des proportions considérables.

Quatre ans après le début des troubles, la récupération sociale est satisfaisante.

Aspects psychopathologiques communs des déséquilibrés psychiques

par MM. J.-M. Sutter, Y. Pélicier et G. Pascalis

L'apparente similitude des réactions extérieures de malades considérés comme déséquilibrés, résulte pour les auteurs de mécanismes psychopathologiques communs, contribuant à donner à des états foncièrement différents une certaine parenté sur le plan expressionnel. Ils distinguent :

la psychogénèse induite : un sujet qui, du fait d'altérations ou d'immaturations organiques, présente des comportements anormaux, éveille généralement dans son entourage des réactions d'hostilité, de réprobation ou de rejet qui prennent pour lui valeur de situations psychogènes ;

l'induction parentale, intervention active et comme délibérée des parents dans l'efflorescence des comportements anormaux ;

le « syndrome de carence d'autorité », faiblesse d'une personnalité non structurée par le respect et l'amour d'une autorité bienveillante ;

la formation de « milieux de survie », dans lesquels les déséquilibrés répètent inlassablement les conflits thématiques de leur enfance.

Démembrement du déséquilibre psychique

par MM. J.-M. Sutter, Y. Pélicier et G. Pascalis

Juxtaposant les classiques constitutions de Delmas, les inadaptés sociaux, les « personnalités psychopathiques », comme des formes simples et complexes d'un désordre permanent, le chapitre des états de déséquilibre psychique est aussi ambigu que mal délimité.

Les auteurs y distinguent trois ordres de faits : des troubles de l'adaptation, installés parfois à la faveur de particularités de l'équipement neurobiologique (latéralisation imparfaite ou difficultés « instrumentales »). Correspondant au déséquilibre psychique constitutionnel des classiques, ce groupe réunit en fait des névroses de caractère ; des névroses installées sur des structures neurologiques franchement anormales, épilepsie temporale en particulier ; des psychoses frustes et incipiantes.

L'analyse de ces faisceaux étiologiques, la valeur signifiante rendue aux réactions paradoxales en apparence des déséquilibrés, introduisent à la thérapeutique de ces états.

Névroses et facteurs sociaux

par MM. J.-M. Sutter, Y. Pélicier et G. Pascalis

L'étude du comportement de sujets atteints de différents types de névrose au cours des événements d'Algérie permet de les classer en trois catégories. Certains présentent une véritable cécité sociale et sont indifférents en toute circonstance. D'autres, surtout les sujets atteints de névrose anxieuse, sont susceptibles de réagir très sainement, participant activement aux sentiments collectifs. Ils tirent bénéfice de cette normalisation même temporaire de leur insertion dans le monde. D'autres enfin voient selon les cas leur maladie s'aggraver et les symptômes devenir caricaturaux. Les événements sociaux qui bouleversent les données fondamentales de la structure sociale ont plusieurs conséquences : simplification du rituel social, promotion des valeurs collectives, accessibilité plus grande d'autrui. Le milieu nouveau qui en résulte facilite l'adaptation des névropathes et multiplie les paliers de contrainte de la maladie.

La participation des animaux au monde délirant

par M. H. Maurel (Rouffach)

L'auteur décrit divers aspects séméiologiques de la participation des animaux au monde délirant : présence élémentaire et indifférenciée de la bête dans le cours du délire onirique ; coïncidence avec une bestialité maligne conçue comme dépréciation et déshumanisation (formes zoopathiques de dépersonnalisation, certaines démonomanies) ; présence, enfin, de formes animales anthropomorphiques dans les élaborations fantastiques des délires chroniques. La présence animale est le signe d'une atteinte psychotique pro-

fonde. Sur le plan psychopathologique, elle évoque l'animisme enfantin et les croyances totémiques des peuples primitifs. La perspective psychanalytique permet de restituer à l'animal sa signification humaine, dissimulée et travestie par le délire.

L'emploi des tests de vocabulaire chez le vieillard
Critique des résultats

par MM. J. Postel, M. Rancoule et Mme M. Postel (Nice)

Avant d'étudier l'expression signifiante du sujet, il est nécessaire de préciser la valeur de la réception par celui-ci des consignes et du matériel verbal apporté par le test. Or, celle-ci est souvent très perturbée, faussant donc, au départ, les résultats.

D'autre part, il faut distinguer, dans l'expression signifiante, ce qui est signification formelle de ce qui est véritable signification verbale, instrumentale.

Chez le vieillard, l'emploi des tests de vocabulaire reste donc particulièrement difficile, et les résultats doivent être interprétés avec beaucoup de précaution et de critique.

Recherches sur les conditions psycho-affectives de la défaillance psychique du vieillard

par MM. J. Postel, M. Rancoule et Mme M. Postel (Nice)

Sur un matériel de 100 vieillards internés pour « démence sénile », alors que leur déficit intellectuel s'avérait très modéré, par la suite, nous avons pu préciser la notion de défaillance psychique, véritable crise de décompensation mentale chez le vieillard. De nombreux vieillards présentent un affaiblissement psychique modéré tout à fait différent de la véritable démence sénile ou d'autres démences organiques. Ils se conduisent comme de simples « diminués cérébraux », au même titre que les « amputés cérébraux » de Goldstein. Tant qu'ils vivent dans un cadre psychologique et effectif familier et rétréci, ils se comportent normalement. Mais dès qu'ils se trouvent, à la suite d'un événement quelconque (deuil d'un proche, déménagement, hospitalisation en service médical ou chirurgical ordinaire, etc...), ils ont une véritable « réaction de catastrophe », étant incapables de s'adapter au nouveau cadre imposé, et évoluent rapidement vers une grande décompensation mentale avec confusion et souvent troubles neuro-végétatifs graves.

Cette défaillance psychique conduit inévitablement le vieillard à une hospitalisation en milieu psychiatrique et même à un internement, dont la conséquence est bien souvent qu'elle coupe définitivement le sujet de son milieu familial ; ce dernier devient alors un de ces vieillards « internés arbitraires » définitifs qui encombrent de plus en plus les hôpitaux psychiatriques.

La connaissance des causes psychologiques et affectives de la défaillance psychique du vieillard devrait conduire à une meilleure organisation des traitements médicaux et chirurgicaux en gériatrie. Il faudrait, en particulier, que les médecins généralistes évitent au maximum des hospitalisations non indispensables chez leurs malades âgés, et que, dans le cas où

cette hospitalisation est véritablement nécessaire, des services gérontologiques spéciaux soient organisés dans les hôpitaux civils, avec un intérêt particulier pour la psychothérapie du dépaysement chez le vieillard.

La relation conscience-moi pour le psychiatre

par M. Hesnard (Toulon)

Les psychiatres ont accoutumé de concevoir la conscience comme une fonction générale (de synthèse, de contrôle, etc...) et objective. La phénoménologie, qui précise que l'essence du psychique est extrêmement différente de l'essence du physique, conçoit la conscience comme une intentionnalité donatrice de sens.

Etant source unique de transcendance, elle ne peut être structurée mais est avant tout structurante, étant conscience de quelque chose. Le moi de la psychologie tombe sous le coup de la réduction psychologique, laquelle révèle d'un côté un moi pur ou transcendental, sujet même de la réduction, et de l'autre, un monde de la vie (Leterswelt), dont fait partie le moi concret, objet pour la conscience.

La conscience peut avoir diverses relations avec ce moi, objet transcendant : objectivation, identification ou fusion. Elle peut être fascinée par lui ou, au contraire, menacer un moi sans cohérence par la puissance de sa spontanéité...

L'orateur cite plusieurs exemples de cette relation conscience-moi en clinique psychiatrique.

L'état actuel de nos connaissances en psychiatrie autorise-t-il la poursuite du dirigisme d'inspiration sociatrique ?

par M. Leconte (Neuilly-sur-Marne)

Rappelant divers textes administratifs, dont certains constituent, par leur insistance, une invitation doctrinale d'aspect péremptoire et une immixtion dans le débat technique et de conscience du praticien, telle la circulaire insistant sur la nécessité de procéder, dans la mesure la plus large possible aux sorties d'essai, l'auteur tient à faire des réserves sur ces pratiques croissantes dont la portée peut être grave. Le nombre des victimes de crimes ou de suicides commis, après sortie de l'hôpital psychiatrique, et souvent dans un délai très court quand il s'agit de congé d'essai, va bientôt dépasser, de beaucoup, celui des victimes du stalinon.

L'auteur continue à contester la valeur actuelle des affirmations statistiques d'une certaine religion psychiatrique sur le mouvement des malades qu'on se propose de faire « tourner » plus que de guérir, renouvelle ses avertissements sur le danger des sorties prématurées de véritables malades mentaux relevant de la loi de 1838 plus que du dispensaire, la nocivité des rechutes qui les ramènent aggravés pour une plus longue durée de séjour, déplore l'erreur sociatrique aux multiples aspects, qui a inspiré et orienté le cours actuel de l'assistance au détriment d'une médecine psychiatrique véritable, l'enseignement du personnel, la construction de pavillons nouveaux, la formation des psychiatres de demain, les mépris de l'urgence permanente de résoudre les problèmes médicaux, diététiques et chirurgicaux toujours

pendants dans des hôpitaux psychiatriques de grande importance cependant.

Tel est encore le cas de la longue circulaire sur le travail dit thérapeutique, par exemple, alors que la conduite médicale et biologique la plus élémentaire des affections médico-chirurgicales intercurrentes comme des soins idio-psychiatriques — (mais n'a-t-on pas oublié, entre autres, la confusion mentale dans le programme d'enseignement au personnel promulgué récemment) — peut-être encore en divers endroits menée avec les plus grandes difficultés, sinon scandaleusement.

L'auteur exprime le souhait que la liberté du médecin dans le choix des traitements, de l'aménagement et de la conduite de son service, que son indépendance dans ses décisions de proposition de sorties, soient assurées pour tous et que cessent d'être émises officiellement des assertions discutables, n'émanant souvent que d'une seule école et non de vœu de société savante, dont les bilans publiés n'ont pas pour eux la base solide de données statistiques objectives, portant sur tous les facteurs, y compris les drames, ou des cas comparables, ni ne bénéficiant du recul indispensable dans le temps.

Les soins médicaux, et non pas seulement, et de loin, les traitements psychologiques ou sociaux, le repos, et non la mise au travail, l'isolement, et non point la sociothérapie, le traitement de groupe ou le congé d'essai précoce qui n'est souvent, à l'heure actuelle, qu'une cure d'entretien à domicile de la psychose, demeurent des facteurs thérapeutiques élémentaires de même que la prudence doit demeurer l'une des vertus du psychiatre travaillant sous le régime de la loi de 1838, et la méfiance l'un de ses défauts inévitables et nécessaires.

Episodes maniaques espacés, apparus tardivement après un traumatisme cranien ayant nécessité une intervention pour hématome sous-dural

par MM. L. Vallade, J.-H. Barrabino et L. Merlin (Aix-en-Provence)

Communication de l'observation d'un homme n'ayant jamais présenté d'antécédents psychopathiques qui, à l'âge de 34 ans, est victime d'un accident d'auto qui occasionne un traumatisme de la face. Deux mois après, se constitue un hématome sous-dural volumineux qui se complique de diabète insipide et qui est opéré avec succès.

Cinq ans après l'intervention, après une courte période délirante et confusionnelle, on note un premier accès d'excitation maniaque qui dure cinq mois.

Huit ans après cet accès, soit treize ans et demi après l'accident, un deuxième accès maniaque apparaît qui est jugulé en deux mois.

La relation de ces accès maniaques avec l'accident a été admise. L'intéressé, ex-militaire de carrière, a bénéficié d'une réforme définitive avec pension à 100 %.

Proportion des premières entrées et des récidives à l'admission de Sainte-Anne

par MM. G. Daumézon, G. Benoit et Y. Guigen (Paris)

Résumé non parvenu

Homosexualité masculine avec et sans troubles hormonaux

par MM. P. Cossa et R. Rivoire (Nice)

Les auteurs, utilisant les méthodes modernes de discrimination entre les différents facteurs œstrogènes dans les urines, distinguent sur une série de cas d'homosexualité masculine : 1) les malades chez lesquels l'excrétion d'œstrogènes urinaires est normale ; 2) ceux chez lesquels on constate une excrétion d'œstrogènes urinaires en quantité anormale ; 3) ceux chez lesquels on constate l'excrétion d'œstrogènes spécifiquement féminins.

Troubles psychosexuels cycliques à type d'obsessions Impulsions avec anomalies de l'électroencéphalogramme et du liquide céphalo-rachidien

par MM. J. Alliez, L. Vallade, G. Miletto, M. Dongier et J.-H. Barrabino (Marseille)

Chez ce sujet jeune souffrant d'obsessions depuis douze ans, impuissant, surviennent des épisodes, d'abord de phobies, d'impulsions banales, puis d'impulsions hétéro- et homo-sexuelles et enfin incestueuses. Une culpabilité intense amène des tentatives de suicide et d'auto-mutilation. Chez ce malade, les examens du liquide céphalo-rachidien et les électro-encéphalogrammes révèlent des anomalies dont la nature est discutée, leur caractère comitial ne pouvant être absolument affirmé.

Etudes cliniques et électroencéphalographiques chez trois cents névrosés

par MM. A. Crémieux, H. Gastaut, M. Dongier et Mme S. Dongier (Marseille)

Certains caractères de l'électro-encéphalogramme sont beaucoup plus souvent rencontrés chez les sujets présentant des manifestations névrotiques que chez les sujets « normaux ».

Elaborant davantage des travaux antérieurs et étudiant une plus grande série de malades, il est possible d'observer une plus grande fréquence relative de certains aspects électrographiques dans tel ou tel groupe clinique.

Ainsi, dans un groupe extraverti — hystérique — prédisposé aux conduites anti-sociales et à l'instabilité se voient plus souvent : rapidité du rythme de fond, alpha variant, réactions excessives aux bruits et à l'hyperpnée ; dans un groupe introverti — obsessionnel — prédisposé à l'anxiété et à la dépression : lenteur du rythme alpha, excès de rythmes rapides centraux.

Influence de l'évolution d'une cardiopathie sur celle d'une mélancolie à forme hallucinatoire

par MM. Gurtler et Khène (Dun-sur-Auron)

Publication d'une observation mettant en évidence l'existence d'un parallélisme absolu entre l'évolution d'une maladie somatique (cardiopathie décompensée) et une mélancolie hallucinatoire apparue au moment de la décompensation cardiaque, disparaissant pendant les périodes d'amélioration somatique et réapparaissant invariablement avec la recrudescence de la cardiopathie.

II. RAPPORT DE NEUROLOGIE

Résumé du rapport de neurologie

de MM. A. GARDE, M. TOMMASI et G. AIMARD

Les complications neurologiques des néoplasmes viscéraux

Après avoir éliminé les complications liées à un processus de compression purement locale, les rapporteurs ont envisagé les complications métastatiques et les complications paranéoplasiques.

I. Ils soulignent la recrudescence des métastases encéphaliques à l'heure actuelle et mettent l'accent sur la prééminence des cancers du poumon et des cancers du sein, en signalant les cas où, souvent, le point de départ ne peut pas être déterminé.

Le diagnostic anatomique n'est pas toujours facile car il se surajoute parfois un aspect inflammatoire qui peut en imposer pour un abcès. Les rapporteurs insistent sur la pluralité fréquente des nodules cérébraux, puisqu'il y a entre eux une chance sur deux et une chance sur quatre pour qu'il n'y ait qu'une métastase.

Dans 10 % des cas, la métastase se dévoile au cours de l'extraction d'un néoplasme connu : dans 40 % des cas, elle survient après une intervention sur le foyer primitif, qui est dans la grande majorité un cancer du sein ; enfin, dans 50 % des cas, elle constitue la première manifestation du cancer, qui est alors le plus souvent un cancer broncho-pulmonaire.

Cliniquement, le début peut être progressif mais aussi brutal, pseudo-vasculaire. Le tableau est celui d'une tumeur cérébrale avec signes focaux et d'hypertension intracranienne ; mais parfois il est trompeur (tableau de méningite purulente, d'hémorragie méningée, d'abcès du cerveau).

Les examens paracliniques ont une grande valeur et notamment l'électro-encéphalographie et l'artériographie. Mais ces examens, s'ils permettent en général le diagnostic de néoformation et le diagnostic de localisation, sont impuissants à affirmer le caractère unique ou multiple de la métastase.

Cette carence n'est pas sans retentir sur l'attitude thérapeutique, mais il ne semble pas que l'on soit en droit de repousser l'intervention chirurgicale qui, dans certains cas, permet des survies prolongées et l'application d'un traitement radiothérapique avec plus de sécurité.

A côté de ces métastases cérébrales, il existe des localisations dans d'autres régions du système nerveux, et au premier rang de celles-ci se placent les déterminateurs méningo-radiculaires, qui se traduisent cliniquement, soit par une scène méningée ou hydrocéphalique, ce qui est rare, soit par une scène polynévritique, ce qui est la règle.

Dans ce dernier cas, les atteintes sont diffuses, intéressant les membres et les nerfs craniens, oculo-moteurs notamment et faciaux.

Le diagnostic de la nature de ces polyradiculonévrites est facilité par la découverte de cellules néoplasiques dans le liquide céphalo-rachidien. Mais cette découverte reste rare ; elle sera facilitée par des méthodes d'investigation plus précise.

II. A côté des complications métastatiques, prennent place les complications para-néoplasiques qui peuvent survenir à la phase ultime d'évolu-

tion (manifestations d'infrastructure), ou au contraire au tout début de l'affection (manifestations de suprastructure), et ce sont ces derniers les plus intéressants.

Les tableaux anatomo-cliniques sont variables, et les rapporteurs ont retenu sept grands cadres. La neuropathie sensitive, décrite par Denny-Brown, associe une dégénérescence systématisée des racines et des cordons postérieurs à une séméiologie pseudo-tabétique. Ce premier type est beaucoup plus rarement réalisé que la polynévrite sensitivo-motrice, type Wyburn-Mason, qui est à différencier de la polynévrite métastatique sur des nuances séméiologiques et sur l'analyse du liquide céphalo-rachidien. Dans les déterminations médullaires, il y a lieu de discuter, à côté de la dégénérescence subaiguë combinée, la pathogénie des myélomalacies.

Les atrophies cérébelleuses, anatomiquement surtout purkinjiennes, donnent lieu à un tableau stato-kinétique souvent inaugural et s'accompagnent souvent d'épisodes diplopiques transitoires et d'une détérioration mentale progressive. Les troubles mentaux se manifestent surtout sous la forme d'épisodes confuso-anxieux mais la possibilité de syndromes délirants systématisés est signalée.

En dehors des syndromes myasthéniques au cours des thymomes malins, on peut assister à l'évolution de troubles musculaires essentiellement sous la forme de polymyosites ou de polydermatomyosites. Enfin, au cours des néoplasmes viscéraux, peuvent être observées des atteintes oculaires à type d'une rétinopathie dysonique, dont les auteurs rapportent trois cas avec iconographie. La pathogénie de ces complications paranéoplasiques est enfin envisagée avec les différentes théories vasculaire, carcinotoxique, virale, réflexe, carentielle ou allergique.

Tous ces faits, s'ils comportent une grande part d'inconnu, soulèvent des problèmes de pathologie générale riches d'avenir, et apportent dès maintenant des éléments d'information pratique non négligeables.

Dans un dernier chapitre, les rapporteurs, en matière de synthèse, étudient des aspects séméiologiques et des considérations diagnostiques d'ordre général.

Discussion du rapport de neurologie

M. J. Dereux (Lille) fait remarquer que des liaisons para-néoplasiques peuvent être observées, non seulement à distance des foyers néoplasiques viscéraux, mais encore au contact même de ces foyers. L'exemple le plus frappant est celui donné par l'apparition de certains accidents médullaires au contact des cancers vertébraux, qu'ils soient primitifs ou secondaires, sans qu'il y ait le moindre signe de compression.

Communications de neurologie

Accidents médullaires des cancers vertébraux d'origine prostatique

par M. J. Dereux (Lille)

Les cancers vertébraux n'agissent pas toujours par le mécanisme de la compression de la moelle et des racines. A côté de la paraplégie douloureuse des cancéreux de Cruveilhier-Charcot, où les signes de compression clinique

sont certains, il faut placer la forme de paraplégie flasque aiguë de Barré-Woringer, qui peut apparaître sans signes de compression. Ces deux formes évoluent rapidement vers une terminaison fatale. Mais entre ces deux formes, et au moins pour les cancers vertébraux d'origine prostatique, il y a place pour une variété intermédiaire d'accidents médullaires où la paraplégie spasmodique sans signes de compression évolue très lentement et est même régressive.

Métastases méningées multiples d'un épithélioma prostatique

par M. Navarranne, Mme Bérard-Badier,
MM. P. Picard et H. Payan (Marine Toulon)

Chez un homme de 70 ans en pleine dissémination métastatique d'un épithélioma prostatique, la survenue de céphalées et de troubles de l'humeur fait rechercher des métastases cérébrales. Pas de signe neurologique en foyer, pas de syndrome d'hypertension intracranienne, mais, sur l'existence d'anomalies radiologiques et électro-encéphalographiques, on porte néanmoins le diagnostic de métastases intracraniennes de localisation difficile.

La vérification anatomique expliquait ces difficultés : les méninges étaient littéralement truffées de nodules tumoraux, de taille variable, qui prenaient naissance sur la face cérébrale de la dure-mère, en refoulant simplement devant eux le tissu nerveux, non altéré (documents photographiques).

Les auteurs soulignent la rareté de ces métastases méningées multiples (surtout en matière d'épithélioma prostatique) et montrent que leur bonne tolérance par la substance nerveuse est habituellement signalée. Corrélations anatomo-électro-cliniques.

Considérations statistiques et cliniques à propos des métastases néoplasiques dans le système central

par MM. G. Gomirato, F. Ferro-Milone et A. Sicuro (Turin)

Résumé non parvenu

A propos du syndrome préfrontal homolatéral et du syndrome vestibulaire périphérique, son dérivé

par M. A. Rouquier (Montpellier)

L'un et l'autre n'ont rien de commun, si ce n'est des apparences, avec le syndrome pyramidal déficitaire, tel qu'il a été décrit par le professeur Barré, et qui nous a donné la clef de l'ancienne hémiplégie hystérique, pithiatique ou fonctionnelle, tout au moins en ce qui concerne les troubles moteurs (les troubles sensitifs n'ayant aucune importance dans le cas particulier). « Le syndrome déficitaire » est pyramidal, et aux manœuvres de Mingazzini et de Barré, à la chute du membre supérieur étendu, aux troubles moteurs discrets des extrémités, se superposent souvent les signes classiques d'irritation de la voie motrice principale. Il est d'autre part, dans l'immense majorité des cas, provoqué par une lésion croisée et non homolatérale.

Le syndrome préfrontal homolatéral est extrapyramidal. Mais aux troubles moteurs des membres du côté lésé (chute, avant tout), se superposent de gros troubles de la statique de la tête et du tronc, qui, les yeux fermés, s'inclinent du côté de la lésion. Le membre supérieur correspondant à la lésion dévie, à l'épreuve des « bras tendus », de ce côté, et ne s'abaisse en diagonale que dans les formes graves. A l'épreuve voltaïque, le sujet s'incline et tombe du côté malade, quelle que soit la position de l'anode. Aux troubles vestibulaires se superposent des troubles extrapyramidaux (amimie, léger tremblement statique des membres malades en position fatigante. Il n'y a jamais de signes pyramidaux du type réflexes de l'aire 4. Dans les formes graves, on peut trouver, ébauchés, les réflexes de l'aire 6.

Nous ne voulons pas répéter qu'on peut difficilement faire de bonne sémiologie avec des tumeurs. Il y a déjà bien longtemps qu'un méningiome pariéto-occipital opéré par Puech nous a appris que la compression de l'axe pouvait, sans signes pyramidaux, déterminer déviation et chute du membre supérieur, chute de l'inférieur du côté opposé à la lésion. Mais ce ne sont pas les gros troubles du syndrome préfrontal homolatéral.

Les tumeurs préfrontales homolatérales opérées sont actuellement nombreuses. Les examens paracliniques permettent facilement le diagnostic et la localisation. Pourquoi ne pas les compléter par un examen clinique précis et méticuleux basé sur des constatations rigoureuses, même si la technique n'est pas encore entrée dans les mœurs habituelles ?

Et pourquoi s'obstiner à faire des examens vestibulaires comportant les réactions oculaires aux épreuves instrumentales, ici parfaitement inutiles ?

Contribution à l'étude E.E.G. des syndromes dégénératifs

par MM. F. Rohmer, A. Wackenheim et P. Geissmann (Strasbourg)

Après une étude électro-encéphalographique de 17 cas de syndromes de type Friedreich, les auteurs exposent les données électro-encéphalographiques dans les atrophies cérébelleuses en se basant surtout sur la localisation de l'atrophie par l'encéphalographie gazeuse fractionnée. Il semble qu'on puisse comparer les anomalies électriques obtenues chez ces catégories de malades à celles rencontrées dans un cas de malformation rare de l'aqueduc de Sylvius.

L'hypertrophie du récessus sus-pinéal
Essai de systématisation radio-anatomique dans 13 cas

par MM. F. Thiébaut, P. Meyer, A. Wackenheim et G. Sava (Strasbourg)

Les auteurs étudient treize cas d'hypertrophie du récessus supra-pinéal. Ils indiquent des méthodes de mensuration et décrivent plusieurs types morphologiques. Ces données de radio-anatomie doivent servir à l'étude des malformations du bourrelet calleux.

A la recherche du syndrome de l'artère du renflement lombaire

par MM. P. Cossa, M. Camuzard et F. Paoli (Nice)

Dans un travail récent, Lazorthes et ses collaborateurs ont repris l'étude de la vascularisation de la moelle. Ils ont montré que la totalité du ren-

flement lombaire était irriguée par une artère unique qui, venue de l'aorte, pénètre dans le canal avec une des racines suivantes : DX, DXI, DXII, LI, LII.

Les auteurs relatent des observations de paraplégies, d'ailleurs discutables, coexistant avec une discopathie dorsale basse ; ils se demandent si l'irritation de l'artère du renflement lombaire par le disque hernié ne peut pas être incriminée comme facteur pathogénique. Ils se gardent d'une conclusion ferme, en l'absence de tout document opératoire (ils ne se sont pas permis d'opérer sans indication) ou nécropsique (la maladie ne tue heureusement pas).

III. RAPPORT DE MEDECINE LEGALE

Résumé du rapport de médecine légale de M. SCHERRER

La sexualité criminelle en milieu rural

Le travail présenté au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française s'appuie sur l'étude de plus de trois cents observations de délinquants ou criminels sexuels recueillies par l'auteur dans le même milieu rural pendant un laps de temps de quinze années.

Le dépouillement systématique des affaires judiciaires des tribunaux locaux portant sur cinq années apporte d'autre part un élément statistique important.

En joignant à l'investigation psychiatrique les connaissances psychanalytiques qui permettent à l'expert de mieux saisir les éléments névrotiques qui se combinent aux perversions, lorsqu'ils ne les conditionnent pas, l'auteur s'attache, en multipliant les exemples cliniques, à définir les modalités propres au milieu rural. Si les causes de la criminalité sexuelle dans les campagnes peuvent être attribuées plus qu'en ville à l'isolement social ou moral, à la débilité mentale et partiellement à l'alcoolisme, elle n'apparaît pas à l'auteur différente dans son essence de la criminalité sexuelle urbaine. Contrairement à ce que l'on pense habituellement, l'homosexualité (dont on rappelle qu'elle n'est condamnée que dans son prosélytisme lorsqu'elle contamine des mineurs de moins de 21 ans, ou lorsqu'elle entraîne des outrages publics à la pudeur) est presque aussi fréquente dans les campagnes qu'à la ville. La pédophilie y serait plus fréquente et l'exhibitionnisme à peu près à égalité. A propos de ces deux dernières perversions, l'auteur insiste sur la notion d'immaturation affective presque toujours observée dans ces cas et dont la mise en évidence par l'expert doit conditionner à la fois l'évaluation de la responsabilité pénale et l'attitude thérapeutique en utilisant des techniques psychanalytiques ou s'inspirant de la psychanalyse freudienne. La bestialité, apportant aux ruraux des satisfactions sexuelles de remplacement ou comportant une charge sadique dérivée sur l'animal fait l'objet d'une courte étude tandis que le viol et l'inceste, « crimes ruraux » par excellence, sont attentivement analysés.

Le viol, rarement mené à son terme, est le fait d'individus de constitution épileptoïde, incapables de nouer avec les femmes des relations affectives normales, nourrissant contre elles un sentiment de frustration profond entraînant « l'acting out » du viol avec parfois récidives à plusieurs années d'intervalle en dépit des condamnations.

L'inceste, le plus souvent observé chez des ruraux isolés avec leur famille, toujours très nombreuse, dans les bois ou des villages retirés, peut affecter différents types. Le père peut « remplacer » sa femme par sa fille aînée et nouer avec elle des relations où la sensualité peut se mêler de tendresse et constituer l'inceste « marital ». Il peut aussi, sous l'influence de l'isolement et de l'alcool, se comporter à l'égard de sa ou de ses filles successives, comme un chef de clan s'attribuant des épouses-secondes au gré de sa fantaisie érotique, réalisant l'inceste « despotique ».

Enfin, l'auteur insiste sur une catégorie d'inceste qu'il qualifie de « névrotique ». Il s'agit d'hommes à structure mentale profondément masochiste qui ont souvent été abandonnés par leur mère, que leur femme abandonne et qui n'en restent pas moins fixés à son souvenir irremplaçable. L'inceste sur une fillette aimée maternellement est dans ce cas toujours incomplet, furtif et très vite découvert en raison de la réaction de culpabilité profonde ressentie par le père et communiquée à l'enfant.

Dans ses conclusions, l'auteur souhaite que les progrès de la connaissance de l'homme orientent la justice dans une perspective plus thérapeutique que punitive. Il insiste en particulier sur le danger qu'il y a pour les enfants mêlés, comme victimes ou comme témoins, à des affaires de mœurs, à répondre à des interrogatoires qui, en dépit du tact que peuvent manifester les enquêteurs, les culpabilisent souvent davantage que leur aventure sexuelle elle-même. La protection de la morale publique souhaitée par la loi se transforme paradoxalement en facteur névrogène pour les victimes. L'auteur souhaite que la législation française aborde ce problème et le résolve dans le même sens que la législation de l'Etat d'Israël, qui protège véritablement l'enfance victime des délits sexuels en chargeant des spécialistes, les « youth examiners », d'entendre les enfants à l'exclusion de tous autres enquêteurs, afin de les déculpabiliser en « dédramatisant » l'expérience sexuelle traumatisante qu'ils ont vécue.

Communications de médecine légale

Réflexions sur l'hérédité mentale chez les enfants inadaptés

par M. Albert Crémieux, Mme Nicolino-Gineste,
MM. Bruno Cahier, R. Mayaud et Mme M.-T. Porro

(Travail de la clinique des maladies nerveuses,
Centre d'observation du château Guis, Marseille)

La recherche des antécédents familiaux permet parfois de découvrir, chez des enfants qui sont présentés pour inadaptation scolaire ou troubles caractériels, une ascendance chargée du point de vue psychopathique.

Bien souvent, l'enquête révèle d'autres facteurs associés, considérés habituellement comme une étiologie possible de ces troubles (ainsi l'éthylisme parental, les encéphalopathies de l'enfance et tant d'autres).

Dans des cas assez nombreux, l'ambiance néfaste d'un foyer familial désuni paraît être le facteur déterminant, sans que ce désordre puisse être

considéré comme l'expression de tendances véritablement psychopathiques chez les parents.

Il faut noter cependant que l'enfant a beaucoup plus de chances d'en être gravement perturbé s'il possède lui-même une constitution plus fragile, une prédisposition qui pourrait être, pour certains, considérée comme génétique.

Enfin, il reste quelques cas où l'ascendance vésanique est seule retrouvée. La recherche d'autres facteurs étiologiques reste négative.

A l'occasion d'une observation récente de ce type, les auteurs posent le problème de l'interprétation de cette étiologie. Il n'est pas toujours facile de faire le partage entre le facteur héréditaire et l'influence mésologique lorsque l'enfant a grandi au contact de parents psychopathes, dans une atmosphère évidemment perturbée.

Composition de la population de l'hôpital psychiatrique de sûreté de Sarreguemines

Services de sûreté et défense sociale

par M. Ph. Rappard (Sarreguemines)

Le renouvellement de l'Assistance psychiatrique marquée par les Journées psychiatriques nationales de mars 1945 et de janvier 1947, et par les travaux de la Sous-Commission des maladies mentales de la Commission des problèmes de la santé mentale, a profondément modifié l'ambiance des hôpitaux psychiatriques ordinaires, mais impliqua du même coup l'élimination des malades antisociaux, pour qui déjà Garnier en 1905 et Dupré en 1912 demandaient des établissements spéciaux. Après les services de sûreté de Villejuif, Hoerdt et Montevergues, ouverture en novembre 1957 de l'hôpital psychiatrique de sûreté de Sarreguemines. L'étude de la population de ces services révèle qu'ils tendent à jouer le rôle d'établissement de défense sociale (proportion plus importante de délinquants récidivistes anormaux, en fait responsables de leurs actes, que de psychotiques médico-légaux). Problèmes du traitement biologique de l'encadrement ergo-sociothérapique et de la sortie des déséquilibrés psychopathiques délinquants. Comparaison avec certains systèmes étrangers. Avenir des services de sûreté dans le cadre d'une politique criminelle.

Trois cas de nécrophilie dans l'antiquité

par M. D. Kouretas (Athènes)

Parmi les perversions sexuelles, la plus abjecte, la nécrophilie, ainsi que les différentes manifestations du sado-masochisme, étaient dans l'antiquité grecque relativement rares (grâce probablement à l'exutoire du sadisme par le culte de Bacchus). Le romancier Perthenius (Ier siècle après J.-C.), cite le cas de Diomètes qui, ayant trouvé sur la plage le cadavre d'une jolie femme, s'unit à lui. Hérodote, de son côté, écrit qu'en Egypte on a surpris un embaumeur comme il s'unissait au cadavre d'une femme morte tout récemment. C'est le troisième cas, concernant Périandre, le roi-tyran de Corinthe, un des sept sages (VIIe-VIe siècle av. J.-C.), qui est mentionné plus en détail, non seulement par le Père de l'Histoire, mais aussi par d'autres auteurs anciens. Curieux mélange de supériorité intellectuelle et d'amora-

lité foncière avec actes criminels, la personnalité de Périandre se présente sous deux aspects complètement différents. A part d'autres méfaits, il frappa pour une raison futile d'un coup de pied sa femme enceinte et causa ainsi sa mort, mais, avant de l'enterrer, il continua d'avoir des relations sexuelles avec elle.

Suivant la classification établie par Ernest Jones et adoptée par Marie Bonaparte, le cas de l'embaumeur égyptien appartient à la catégorie des nécrophiles, essentiellement et indifféremment polygames (tels le sergent Bertrand et Victor Ardisson), tandis que Diomètes est un nécrophile monogame, comme le roi Hérode et Valdemar IV. Périandre serait un meurtrier nécrophile et son cas ressemble davantage à celui de Peter Kurten, le vampire de Dusseldorf.

Quelques formes particulières des névroses expérimentales

par M. Cain, Mme Extremet et M. Extremet (Marseille)

A côté des formes classiquement décrites chez l'animal, les auteurs insistent tout particulièrement sur certains aspects plus rarement rencontrés. Ce sont surtout les attitudes fixées, déjà observées par Meier, qui posent de nombreux problèmes pathogéniques et dont les relations avec certains comportements humains sont relativement clairs. Ces formes s'observent surtout chez le rat névrosé mais on peut en trouver chez le chat et chez le chien.

La liaison entre névrose expérimentale et névrose humaine est à nouveau posée ici.

Communications de thérapeutique

I. Traitement du délirium tremens par le succi-prégnandione Résultats cliniques

par M. J. Belfils (Poitiers)

II. Succi-prégnandione : inconvénients et limites de l'action thérapeutique

par MM. J. Belfils et Jacquemet

Les auteurs rapportent comment sur un lot de 70 cas de delirium tremens graves compliqués parfois d'affections intercurrentes de nature à assombrir encore le pronostic, le traitement par viadril institué à temps n'a donné que des succès.

Dans une deuxième communication, ils rapportent les inconvénients réels de cette thérapeutique, dont ils signalent les limites d'efficacité.

Aspects actuels du traitement du délirium tremens

par MM. A. Charlin et Petiot (Besançon)

Résumé non parvenu

Le S.C.T.Z. dans le traitement des manifestations neuro-psychiatriques aiguës de l'alcoolisme chronique

par MM. P. Perrouty, M. Neuraut, M. Langlois (Marine Toulon)

Dans six observations de complications neuro-psychiatriques aiguës de l'alcoolisme chronique avec grande agitation, nous avons essayé d'utiliser des perfusions de S.C.T.Z.

50 à 100 cc. de la solution de 5 g. de S.C.T.Z. dans 250 cc. injectés par voie veineuse en deux à trois minutes permettent d'obtenir chez ces grands agités un sommeil calme qui est maintenu ensuite par une perfusion lente en deux heures du reste du flacon.

La poursuite des perfusions nous a paru présenter des difficultés techniques. Il nous paraît plus judicieux de ne pas perfuser plus d'un flacon de 250 cc. et de continuer le traitement par des injections intra-musculaires de réserpine.

Intérêt de l'hormone somatotrope dans les psychoses de la sénilité Premiers résultats

par Mme M. Vermorel, H. Vermorel et Mlle F. Groussier (Lorquin)

La thérapeutique des troubles mentaux de la sénilité est à l'ordre du jour.

L'hormone somatotrope entre les mains des auteurs apporte des résultats intéressants. Les effets favorables sont surtout observés dans les démences artério-scléreuses. On observe en outre une amélioration des troubles cardiaques souvent associés.

Le traitement est fait par cures discontinues. La posologie journalière est de 100 à 200 unités. On n'a pas observé d'effet diabétogène.

Le phénaglycodol dans les états névrotiques

(à propos de 85 observations)

par MM. G. Miletto et J.-H. Barrabino (Aix-en-Provence)

Les auteurs apportent les résultats obtenus chez 85 malades en cure libre, présentant des troubles névrotiques plus ou moins graves et traités par le phénaglycodol.

Les succès concernant essentiellement des états névrotiques mineurs ou réactionnels, ou accompagnant des lésions organiques. Par contre, les échecs se multiplient dans les névroses bien structurées, au prorata de leur gravité.

Un effet partiel à retenir est la correction des insomnies dues à l'inquiétude, au surmenage et la tension nerveuse.

La posologie utile est assez élevée : 4 à 6 comprimés à 0,30. La forme suppositoire (0,6) est à conseiller dans les insomnies.

La tolérance des malades pour ce médicament est parfaite. Aucun incident n'a été observé, ni aucun effet secondaire gênant dans les traitements prolongés ou les associations médicamenteuses.

Le traitement des états dépressifs par le tofranil (Geigy)

par MM. M. Steck, G. Schneider et Cl. Schneider (Prilly, Suisse)

Depuis le printemps 1957, les auteurs ont expérimenté à la clinique psychiatrique universitaire de Lausanne le G. 22355 (Geigy), le chlorhydrate de N-(diméthylaminopropyl)-iminodibenzyle. Ils ont pu confirmer les résultats favorables obtenus précédemment par R. Kuhn à Münsterlingen.

Le nouveau médicament, le tofranil, a un effet électif sur les états dépressifs, particulièrement les états mélancoliques endogènes, chez lesquels il amène une rapide sédation de l'angoisse, un rétablissement du tonus physique et psychique et parfois, au cours de la quatrième semaine de traitement, un renversement brusque et total de l'état mélancolique dans un état de légère euphorie qui ressemble en tous points à la phase de légère submanie qui clôt chez certains cycliques la poussée mélancolique.

L'introduction du tofranil nous a permis d'abandonner l'électro-choc dans le traitement de la mélancolie.

Propriétés pharmacologiques générales de la diméthylsulfamido-3-(méthyl-4''-pipérazinyl-3'-propyl)-10-phénothiazine (7843 R.P.)

par Mme S. Courvoisier, MM. R. Ducrot, J. Fournel et L. Julou (Vitry, Seine)

Le 7843 R.P. représente un type de produit nouveau doué uniquement, d'après nos techniques d'étude d'action centrale, de propriétés antiapomorphine et cataleptiques : peu toxique, non dépresseur, non sédatif, il se montre pratiquement inerte du point de vue neuro-végétatif, ce qui doit lui conférer une tolérance générale probablement très bonne en clinique.

L'étude des possibilités d'application de ce produit en thérapeutique psychiatrique s'annonce comme devant être très intéressante. On peut aussi en envisager l'emploi comme agent anti-émétique.

Syndromes neurologiques engendrés par un nouveau neuroleptique majeur (le 7843 R.P.)

par MM. J. Delay, P. Deniker, R. Ropert, R. Barande et M. Eurieult (Paris)

Pour préciser les effets thérapeutiques des médicaments qui provoquent des syndromes neurologiques, les auteurs ont choisi une nouvelle phénothiazine sulfamidée réalisant expérimentalement un maximum de troubles du tonus.

Chez l'homme, le 7843 R.P. détermine, avec une certaine constance, une série d'états caractéristiques :

a) un syndrome akinétique sans hypertonie plus intense et plus typique que celui de la chlorpromazine ;

b) un syndrome akinéto-hypertonique souvent très marqué ;

c) un syndrome hyperkinétique (ou excito-moteur) déjà décrit avec la proclorpémazine, et qui apparaît ici dans près de la moitié des cas ;

d) un syndrome hyperkinéto-hypertonique, qui associe une hypertonie

croissante à une impatience tasikinétique et réalise un tableau très spécial ;

e) des modifications neuro-végétatives particulières, qui sont détaillées.

L'intensité des manifestations neurologiques ont conduit à proposer une nouvelle technique de cure, la cure neuroleptique discontinue, et à insister sur certaines précautions.

Effets psychiques de la nouvelle phénothiazine sulfamidée (7843 R.P.)

par MM. J. Delay, P. Deniker, R. Ropert, R. Barande et M. Eurieult (Paris)

Parallèlement aux symptômes neurologiques et neuro-végétatifs décrits dans la précédente communication, les auteurs ont constaté d'importantes modifications psychiques. Durant la cure, on observe en effet :

a) un syndrome d'indifférence — habituel avec les neuroleptiques — mais qui revêt ici une netteté particulière, pouvant aller jusqu'à la sidération émotionnelle ;

b) des modifications du sommeil avec somnolence diurne et tendance à l'insomnie nocturne ;

c) des modifications de l'état thymique comportant le plus souvent une symptomatologie dépressive durant la cure et une certaine euphorie après son interruption ;

d) enfin des modifications psychiques, avec anxiété critique survenant lors des crises excito-motrices.

Les résultats thérapeutiques doivent être appréciés à l'issue ou dans l'intervalle des cures. Les premiers essais ont porté surtout sur des schizophrénies parfois anciennes et rebelles. Des améliorations encourageantes ont été observées après l'interruption de la médication lorsque s'effacent les manifestations neurologiques liées à celle-ci. Chez des mélancoliques, on a constaté des inversions de l'humeur, qui ne sont pas habituelles avec les neuroleptiques.

Compte rendu d'essai d'un nouveau neuroleptique
Le tartrate d'alimémazine (6549 R.P.)

(Premiers résultats obtenus en traitant de façon systématique 25 malades)

par MM. Gurtler, Soos et Khène (Dun-sur-Auron)

Il s'agit des premiers résultats obtenus en traitant avec ce médicament 25 malades, résultats qui semblent démontrer que ce médicament présente un certain intérêt. Il a été expérimenté aussi bien isolément qu'en association avec d'autres thérapeutiques. Il a semblé jusqu'à présent donner un pourcentage assez élevé de guérisons et d'améliorations (15 malades guéries et améliorées sur 25 traitées). Il s'agit dans la plupart des cas de malades chroniques (16). Il faut souligner l'action hallucinolytique du médicament, ce qui semble devoir le faire préférer à d'autres médicamente du même genre dont il ne présente pas la toxicité. Nous n'avons constaté pratiquement aucune contre-indication. Il faut toutefois surveiller la tension artérielle au cours de la cure, en raison d'une chute plus ou moins brusque qui peut se produire, en général chez des malades hypertendus dès avant le traitement.

Résultats cliniques et psycho-pharmacodynamie originale d'un nouveau neuroleptique, le 7843 R.P.

(à propos de 80 observations)

par MM. J. Perrin, P.-A. Lambert, P. Balvet, P. Broussolle, C. Berthier, M. Beaujard, A. Achaintre, A. Requet et L. Revol (Rouffach)

On a pu observer un type d'action particulier du 7843 R.P. au cours des essais thérapeutiques. L'action en partie originale de cette nouvelle phénothiazine n'est pas obligatoirement liée, semble-t-il, à l'apparition de complications neurologiques aiguës, puisqu'elle se retrouve, dans une forte proportion, en dehors de ces complications. Cette action est plus particulièrement nette dans certains syndromes schizophréniques, où non seulement disparaissent les symptômes superficiels, mais encore où on a pu observer, au moins dans quelques cas, une modification dans un sens favorable de l'humeur fondamentale. Le mode d'action sur les syndromes maniaques semble aussi être particulier.

Les études en cours permettront de mieux préciser la place du 7843 R.P. dans l'arsenal thérapeutique psychiatrique, tant du point de vue des indications que par rapport aux autres produits déjà existants et mieux connus.

La conclusion essentielle mérite d'être répétée : il semble apparaître avec le 7843 un mode d'action original.

Notes sur l'emploi du théralène comme adjuvant des thérapeutiques neuroleptiques

par MM. M. Baudry et J. Félician (Marseille)

Résumé non parvenu

Observations et réflexions sur l'effet des petites doses de nozinan

par MM. M. Baudry et R. Pache (Marseille)

Résumé non parvenu

Hémineurine et épilepsie

par MM. P. Royer, R. Poiré, L. Rayel et Mlle Ch. Colmart (Laxou)

Les premières recherches physiologiques ont montré que l'hémineurine, dérivé du noyau thiazolique de la vitamine B1 (S.C.T.Z.), était doué d'une action anti-convulsivante assez générale et s'avérait susceptible de protéger le lapin contre les crises expérimentales électriques et pentétrazoliques.

En clinique, l'étude de ce produit, par administration orale, soit isolément, soit en combinaison avec les barbituriques, ne nous a pas permis d'établir de façon concluante l'efficacité préventive de la médication à l'égard des manifestations convulsives de l'épilepsie, alors qu'on a pu assez généralement noter une sédation intéressante des troubles du caractère ou du sommeil.

Par contre, l'hémineurine, en perfusion veineuse, arrête, de façon radi-

cale et très spectaculaire, le déroulement des crises comitiales subintrantes. Les tracés électro-encéphalographiques objectivent la rapidité de l'action du produit.

Une place de choix nous paraît devoir être réservée à cet inhibiteur cortical dans la thérapeutique des états de mal épileptique.

(*Centre psychothérapique de Nancy*).

Expression schizophrénique de l'hypercorticisme non thérapeutique Guérison de 2 malades par la surrénalectomie bilatérale subtotale

par MM. Linquette, Graux, Gérard et Zilberberg (Lille)

Les manifestations schizophréniques de l'hypercorticisme n'ont fait l'objet que de rares publications ; aussi les observations d'une jeune fille de 28 ans et d'une mère âgée de 33 ans apparaissent intéressantes à rapporter.

Ces deux femmes ont présenté des manifestations schizophréniques telles que discordance, apathie, indifférence, justifiant l'entrée dans un hôpital psychiatrique. Un examen a dépisté une obésité facio-tronculaire d'apparition récente, des vergetures, une pilosité androïde ; dans les urines, les doses de 17-cétostéroïdes et de 17-hydroxystéroïdes étaient exagérées. La sismothérapie n'a été efficace que de façon transitoire ; seule la surrénalectomie bilatérale subtotale entraîna une guérison somatique et psychique ; toutefois, une thérapeutique supplétive à base de cortisone reste nécessaire.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

La création évolutive, par Paul CHAUCHARD, (1 volume de 186 pages, Edition Spes, Paris 1957).

Les progrès dans le domaine de la neuro-physiologie et de la psychobiologie sont certes grands, mais bien en arrière cependant de ceux que nous montrent la science nucléaire et l'utilisation de l'énergie atomique. Il est possible que, dans quelques lustres, la vitesse des engins intersidéraux se rapproche de celle de la lumière et qu'alors les mystères du cosmos nous soient pour une certaine part dévoilés. Nous pourrons peut-être alors contrôler que notre petite planète terrestre n'était pas le centre de l'univers, que la vie s'étendait sur une bien plus grande échelle, que des êtres aussi évolués sinon plus que nous existaient ailleurs. Il n'est pas utopiste de nous demander si nous ne nous acheminons pas vers un mode d'existence nouveau qui transformera profondément notre façon de vivre et de penser.

L'ère chrétienne, qui aurait alors duré 2.000 ans environ, serait sans doute remplacée par une autre. C'est cette perspective parfaitement acceptable qui tourmente visiblement Paul Chauchard, dans son livre « La création évolutive ».

L'auteur tente d'adapter ses conceptions métaphysiques à cette brusque accélération scientifique. Tâche terriblement difficile, comme il le reconnaît lui-même en écrivant : « Pour celui qui trouve Dieu dans les lois de la nature et le matérialisme scientifique, il n'est plus d'apologétique anti-religieuse à base scientifique possible, mais malheureusement, pour le comprendre, il faut une grâce, et l'incroyant reste libre de ne pas voir Dieu dans le monde, s'intéressant au seul niveau explicatif de la science. »

Hélas ! la grâce n'est pas accordée à tous et beaucoup de lecteurs de ce livre sont peut-être privés de ce postulat essentiel.

Il y a bientôt dix ans, dans un mémoire paru aux *Annales médico-psychologiques* sur « la notion de réceptivité en pratique psychiatrique », j'avais timidement ébauché une tentative d'explication de ce même problème de transition et j'avais entre autres rédigé ces quelques lignes : « En pratique psycho-physiologique et psychiatrique, il faut toujours se méfier des solutions de facilité, il importe aussi d'éviter la méthode mathématique consistant à supposer tout d'abord le problème comme résolu et à raisonner

ensuite. Nous devons rester dans le concret et ne pas nous aventurer dans l'abstrait, savoir nous contenter des frontières du contrôlable en espérant que celles-ci reculeront toujours un peu plus.

D'ailleurs, j'ai l'impression que même les positions extrêmes du spiritualisme mystique ou du matérialisme dialectique ne sont pas tellement opposées et irréductibles à ma manière de voir. Si l'influx vital est d'origine divine, s'il s'agit d'un souffle divin, cet esprit immatériel est par essence parfait, il ne peut pas être vulnérable. Il n'y a donc pas de maladies de l'esprit, il n'y a que des maladies des récepteurs de cet esprit.

Si l'influx vital est d'origine énergétique, si cette énergie cosmique, Dieu laïque nouveau, est d'origine solaire, nucléaire, atomique ou autres, elle est, elle aussi, d'après les théories scientifiques, transformable, mais cependant immuable en ce sens qu'elle se modifie électivement mais qu'elle se conserve dans son ensemble et qu'elle ne se détruit pas (des publications récentes prétendent cependant que l'énergie solaire tend à diminuer) ; elle ne peut pas être atteinte par le pathologique. Il n'y a donc pas de maladies de l'énergie, il n'y a que des maladies des récepteurs de cette énergie. Nous en arrivons ainsi à une conception simplement biologique de la psychiatrie et de la psychopathologie.

Il faut que le cerveau soit en état de grâce physiologique et réceptive pour utiliser harmonieusement l'influx vital. »

M. P. Chauchard nous plonge dans un résumé encyclopédique des recherches neuro-psychologiques actuelles, résumé adapté au but poursuivi. Par instant même, les plus louables efforts de l'auteur pour nous convaincre sentent un peu le « fagot ». Heureusement pour lui qu'il ne l'a pas écrit il y a 500 ans, car il aurait certainement encouru les impitoyables rigueurs de l'inquisition ! Quand j'ai entrepris la lecture de cet ouvrage, je ne demandais qu'à être moi-même convaincu car je l'avais commencé avec un préjugé favorable. J'avoue l'avoir achevée avec un sentiment d'insatisfaction et d'appétit inassouvi. Je me suis honnêtement demandé pourquoi, et j'en suis arrivé à penser que l'argumentation est incomplète, s'adressant surtout au normal ou au théorique et pas assez aux données du pathologique.

En effet, l'étude de l'homme psychiquement malade fait voir les choses sous un jour différent, qui met à mal les hypothèses et les interprétations.

Un psychiatre de longue carrière, qui a passé une partie de sa vie à essayer de comprendre exactement ce qu'est la conscience, le sens moral, la liberté, l'équilibre affectif et du comportement, qui s'est même aventuré à doser, avec quelque prétention, la responsabilité de ses semblables, qui a fouillé l'énigme d'innombrables malades de tout âge, de toutes religions, de toutes races, de toutes professions et classes sociales, demeure en une assez lourde perplexité, même s'il a été élevé dans l'obédience chrétienne et s'il n'a aucune raison ambiguë de la renier.

En ce vaste cirque terrestre, où chacun joue plus ou moins, et parfois inconsciemment, la comédie à lui-même et aux autres, où tout est symbole et angoisse, parfois mauvaise foi, il n'est pas facile de faire le point.

Il faut évidemment reconnaître aujourd'hui que pas mal des affirmations de l'Ancien Testament s'avèrent incertaines, chargées elles aussi de tout un symbolisme social, que la plupart des religions organisées sont nées dans cet espace assez restreint qu'est le Moyen-Orient. Certains récits de la Bible sont incontestablement en contradiction évidente avec les données de la science moderne.

M. P. Chauchard nous expose sa conception d'une philosophie métaphysique des sciences en prenant comme base la neuro-biologie, la médecine psycho-somatique, la psychanalyse, les notions d'intégration, de structuration et de synthèse, notions captivantes mais encore à l'étude et loin d'être entièrement élucidées. Il situe à 600.000 ans le début de l'aventure de l'homme (lequel ne fut christianisé que depuis moins de 2.000 ans). Il accorde un rôle capital dans l'humanisation et la supériorité intellectuelle de notre espèce au langage. L'homme ayant plus de neurones que les animaux, et par conséquent plus de champ associatif et social, est ainsi supérieur à toutes les races zoologiques.

L'auteur écrit cependant cette importante phrase : « La science moderne penchée sur un cosmos aboutissant à l'homme ne trouve ni Dieu, ni l'âme, qui ne sont pas de son domaine, mais elle objective les caractères propres de la personne humaine avec sa conscience réfléchie, son libre arbitre, sa spiritualité, et en explique son plan. » On ne peut qu'approuver cette conclusion tout en retenant qu'environ 2 sur 1.000 des humains au moins sont en grande partie privés de cette conscience réfléchie et de ce libre arbitre parce qu'aliénés et le plus souvent aliénés non par leur faute.

Le chapitre que l'auteur consacre à « la science et morale naturelle » prêterait tout autant à discussion, car cette morale est avant tout acquise et sociale et certaines maladies à la fois neurologiques et psychiques la balaient inexorablement. Quand elle devient pathologique, elle oscille alors entre ses deux pôles extrêmes : le cynisme ou la culpabilité.

Quant à la notion de responsabilité, je lis, écrit par la plume même d'un ecclésiastique (*Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, avril-juin 1958, article du R.P. J. Vernet, « Réflexions sur le problème de la responsabilité) », que ce sens de responsabilité naît chez l'enfant à la faveur du dressage des parents, lequel aboutit lentement à la règle suivante : « Je prends en charge le contrat accepté — il y a un contrat avec la société », « sentiment d'être rendu responsable (responsabilité externe d'après le jugement des autres), ensuite à la limite idéale, responsabilité purement interne et personnelle. Mais nous n'y parvenons jamais parfaitement. ».

Le livre de P. Chauchard est tout imprégné d'idéalisme et de poésie scientifique, mais le pont de transition qu'il tente de bâtir me semble fait de matériaux encore fragiles.

La mécanique prestigieuse que représente l'homme (et aussi l'Univers) conduit l'authentique chercheur à la modestie, au recueillement autant qu'à l'enthousiasme. Mais ce n'est pas diminuer la notion de dignité humaine que de voir dans l'harmonie physiologique de chaque individu sa grandeur et aussi sa fragilité.

La foi est une affaire d'affectivité, de croyance, et selon P. Chauchard, « de grâce et d'amour ». Je ne crois pas qu'on puisse totalement prouver ou nier scientifiquement une religion, car les plans de perspectives ne sont pas les mêmes. La foi ne peut pas se discuter, ni s'expliquer par la dialectique, le raisonnement ou la logique élémentaire.

Toute religion est un élan affectif, une pensée spontanée d'encouragement, de consolation ou d'espoir. Mais elle peut être aussi mentalement et socialement dangereuse si elle n'est inspirée que par la peur, par le souci d'un égoïsme étroit ou même par la dérivation de l'angoisse vers l'extase.

Paul Abély.

Les états mixtes et les états transitionnels schizonévrotiques, par Robert-Michel Palem. (*Thèse*, Bordeaux, 1958, un volume imprimé de 110 pages, E. Drouillard éditeurs, Bordeaux).

Un tel travail ne pouvait que m'intéresser, aussi l'ai-je lu crayon en main avec une grande attention. Il s'agit d'une très belle étude minutieusement conduite et exceptionnellement documentée.

Après un excellent historique, l'auteur étudie « La position classique de la psychiatrie traditionnelle, psychiatrie de la période d'état des maladies mentales ». Il aborde ensuite les problèmes les plus brûlants : les obsessions dans la schizophrénie, la schizophrénie à début obsessionnel, hypocondrie et schizophrénie, hystérie et schizophrénie, névroses de caractère et schizophrénie.

Dans un troisième chapitre, il étudie les conceptions diverses : 1° formes schizonévrotiques de la schizophrénie de Claude ou schizonévroses ; 2° formes polymorphes pseudonévrotiques de la schizophrénie simple de Binswanger ; 3° formes pseudonévrotiques de la schizophrénie de P. Hoch et P. Polatin ; 4° les psychonévroses d'écartèlement, d'éclatement et d'exil selon ma conception.

Le quatrième chapitre expose « les problèmes psychopathologiques posés par l'existence des états mixtes et des états transitionnels schizonévrotiques ». Théorie ethnocentriste d'Ada Glynn, les états schizophréniques au regard de la psychanalyse, le point de vue néo-jacksonien, constitutions et mécanismes.

Le cinquième chapitre est consacré à une importante observation personnelle : le cas Giovanna C. ou la casuistique d'un pronostic impossible.

Enfin, le sixième chapitre aboutit à la thérapeutique des états schizophréniques (résultats, espoirs et utopies), à la conception de la défense névrotique de la personnalité et à la constatation de l'éclatement des cadres nosologiques.

Je cite intégralement sa brève mais précise conclusion : « Dans une perspective psychanalytico-existentielle, nous voudrions, au terme et au-delà de notre étude, attirer l'attention et la compassion sur la situation tragique du schizonévrosé qui, dans la mesure où coexistent en lui l'insécurité d'être et l'impossibilité d'être, réalise, dans ses trois univers obligatoires (cosmique, social et intime), une mal-insertion moindre que le pur schizophrène, plus profonde que le pur névrosé, mais qui, par des défenses névrotiques qui le gardent pour un temps de la désagrégation en même temps qu'elles lui rendent plus suppliciant le vertige de la régression se trouve " renvoyé de l'un à l'autre terme de cette alternative du Charybde d'un abord objectal angoissant en Scylla d'un néant objectal également angoissant (Nacht et Racamier) ". » Elle exprime bien la sincérité de son incertitude.

On ne peut que féliciter ce jeune psychiatre, dirigé par des maîtres éminents, de son remarquable effort. En lisant son livre, j'ai revécu avec lui ce malaise présent que nous ressentons tous et dont je tente difficilement de percer le pourquoi.

Ce schizonévrotique « transitionnel » est bien en effet « renvoyé de l'un à l'autre » et le cas de Giovanna C. montre un bel exemple de casuistique.

Sur cette observation, j'ai médité tout comme l'auteur. Cette méditation m'a même inspiré le sujet d'un futur mémoire. Giovanna montre en effet des symptômes interchangeables. Dans l'enfance, on note divers trauma-

tismes psychologiques importants qui vont présider à l'installation de la névrose à composante apparemment hystérique et hypocondriaque. A 15 ans, une expérience sexuelle exceptionnelle accentue encore cette névrose à symptomatologie cette fois plus particulièrement érotico-mystique et obsessionnelle avec important accompagnement neuro-végétatif. Enfin, dans l'été 1957 (elle a alors 23 ans), parallèlement à des stress nouveaux : émigration en France, révélation d'une syphilis secondaire, intense traitement à la pénicilline, appoint toxique éthylique, Giovanna sombre alors à nouveau dans un état obsessivo-phobique grave qui guérit après cinq mois de psychothérapie. J'avoue ne pas très bien discerner dans cet ensemble la certitude d'une constitution schizoïde (dont personne n'a jusqu'ici exactement délimité la symptomatologie). D'ailleurs, à un certain moment, on représente Giovanna comme assez syntone, sans perte de contact, sans dissociation, avec des obsessions de type franchement nevropathique ; certes, au cours du paroxysme psychasthénique avec idées conjointes de culpabilité, elle a pu présenter quelques symptômes atypiques et inquiétants, comme cela arrive dans certains états névrotiques graves, mais jamais elle n'a extériorisé le syndrome schizophrénique global, groupé, caractéristique. Quant à la rêverie imaginative de l'âge de 9 ans, qui dura trois mois, et qui fut déclenchée par une grande frayeur, je crois voir là la réaction fréquente d'un enfant encore non structuré, assez déséquilibré dans son système émotionnel et neuro-végétatif, mais je n'y découvre pas le motif du qualificatif « schizoïde ».

Et j'en arrive à penser que beaucoup de nos équivoques reposent précisément sur cette confusion, cette artificielle parenté entre la notion non encore clairement définie de schizoïde (qui signifie tout et rien) et un authentique syndrome mental qui se nomme le syndrome schizophrénique. L'abus de ce préfixe étymologique de « schizo » a créé et crée encore, me semble-t-il, de grands dommages en notre spécialité. Ces quelques critiques ne diminuent en rien l'estime que j'apporte à ce beau travail.

Comme R.-M. Palem, je crois fermement à la « défense névrotique de la personnalité » et c'est pourquoi je ne la vois pas capable à elle seule d'évoluer vers la schizophrénie. C'est quand cette défense craque subitement (pour des motifs nouveaux, tout autres que névrotiques) que surgit la psychose. Je ne crois pas aux véritables états schizophréno-névrotiques, ni aux états mixtes.

Mais comme l'écrit très justement l'auteur, peuvent exister très transitoirement des états « transitionnels » de l'un à l'autre, en général d'ailleurs de courte durée. Car la psychose balaye rapidement tout sur son passage, y compris la névrose, ne laissant subsister d'elle que des fragments destructurés à peine reconnaissables, sinon on aura affaire à une névrose grave mais non à une authentique schizophrénie. La longue analyse que je fais de l'ouvrage de R.-M. Palem montre combien il est digne d'intérêt, car il soulève d'inépuisables problèmes.

Paul Abély.

Contribution clinique à l'étude du déséquilibre psychique, par G. J. Pascalis. (*Thèse d'Alger,* 1958, 237 pages ronéotypées).

L'introduction de cet important travail tente de situer la position actuelle du problème, c'est-à-dire d'essayer de définir aussi exactement que possible

ce déséquilibre psychique, d'en saisir les limites et de savoir aussi s'il est exactement constitutionnel et univoque. De cette prise de position découlent évidemment les perspectives thérapeutiques et les explications psycho-pathologiques.

Le plan de cet ouvrage comporte trois parties :

La première, clinique, est faite de cinq chapitres : A) Déséquilibres avec inadaptation sociale : observations et commentaires. B) Déséquilibres avec inadaptation sociale et manifestations paroxystiques : observations et commentaires. C) Déséquilibres avec toxicomanie : observations et commentaires. D) Déséquilibres avec bouffées délirantes : observations et commentaires. E) Déséquilibres rencontrés en dehors de l'exercice de la psychiatrie : observations et commentaires.

La deuxième partie est consacrée à la synthèse des éléments mis en évidence par le premier chapitre et ses observations conjointes, lesquelles sont remarquablement fouillées et d'une parfaite complétude. Cette deuxième partie est, elle aussi, d'une grande richesse de documentation et d'aperçus, ce qui rend difficile son analyse globale.

L'auteur se préoccupe tout d'abord du classement descriptif des réactions : les suicides, les phénomènes paroxystiques, le recours aux toxicomanies, les réactions anti-sociales et leur signification. Il consacre d'importantes pages à la reconstitution méthodique de la biographie, ce qui le conduit à la notion pour lui particulièrement importante « d'un milieu de survie » très utile à connaître dans l'orientation thérapeutique.

La troisième partie de cet ouvrage est destinée à établir la confrontation de ces données avec la position classique. Il s'agit d'une étude critique de toutes les conceptions qui ont jalonné le long historique du déséquilibre mental.

M. Pascalis aboutit à de vastes conclusions qu'on peut résumer ainsi : ce déséquilibre psychique est essentiellement hétérogène, on a vainement cherché à l'unifier par des caractères communs. Or, ses aspects variés ne sont pas des formes cliniques d'une même affection, ils correspondent à des « éventualités différentes ». L'étiologie, la génèse de ce déséquilibre est elle-même faite d'appoints disparates, variables dans leur proportion : carence d'autorité, anticipation, psychogénèse induite, induction parentale, existence des milieux de survie.

Les formes anti-sociales de ce déséquilibre comprennent : des névroses caractérielles fixées, des comportements névrotiques chez des sujets aux structures neurologiques altérées, parfois des psychoses frustes. Les armes dont dispose actuellement le psychiatre sont à la fois biologiques et psychothérapeutiques, les indications sont variables selon l'âge du malade et le pronostic se montre d'autant plus favorable que le sujet est plus jeune.

Ce beau travail permet à G.-J. Pascalis d'exposer avec clarté sa propre conception et celle aussi je crois de son maître, le professeur Sutter : « Situés, écrit-il, aux confins des psychoses, des névroses et des altérations neurologiques organiques, les états de déséquilibre psychique illustrent bien l'existence de l'écart organo-clinique. Entre une condition biologique et l'expression psychiatrique correspondante s'interposent toute l'histoire du malade et ses contenus symboliques. »

Paul Abély.

L'enfant épileptique et ses problèmes médico-sociaux, par Jean Rue (*Thèse de Lyon,* 1958, un volume imprimé de 96 pages, éditeur C. Annequin, Lyon).

1) L'auteur a tenté d'aborder au cours de ce travail les divers problèmes médico-sociaux que pose l'épilepsie de l'enfant. Cette étude trouve sa justification dans les progrès apportés au cours des dernières décades, à la connaissance des mécanismes de la maladie, et des possibilités de sa thérapeutique.

2) Pour mettre en évidence les incidences médico-sociales des possibilités actuelles, il a été amené à considérer la vie de l'enfant épileptique comme une succession de plusieurs étapes : *a*) avant le diagnostic ; *b*) lors du diagnostic et pendant la mise au point du traitement ; *c*) après la mise au point du traitement.

3) Les problèmes sociaux sont fondamentalement modifiés dès que la maladie est stabilisée, ce qui représente actuellement plus de la moitié des cas. Il ne s'agit plus alors que d'obtenir une réintégration sociale maximum, en fonction des possibilités intellectuelles et caractérielles. Les enfants que la thérapeutique ne peut encore stabiliser sont autant de cas particuliers nécessitant des mesures appropriées.

4) Les modifications importantes susceptibles d'être apportées par la thérapeutique incitent à ne jamais vouloir résoudre le problème social avant d'avoir résolu au mieux le problème médical en en épuisant toutes les possibilités. Elles incitent aussi à concevoir la thérapeutique comme le premier maillon d'un acte médico-social.

5) Un certain nombre de mesures peuvent être suggérées, qui permettraient de donner à ces enfants une réinsertion sociale meilleure. Pour cela, il faudrait qu'une propagande patiente et organisée, touchant tous les milieux, efface les préjugés, remette l'épilepsie à sa véritable place, qui est celle d'une maladie comme les autres, redonnant ainsi à l'enfant la place qui lui revient dans la société.

Cet excellent programme montre tout ce qui reste à faire : recenser et coordonner ce qui existe, associer la lutte contre l'épilepsie de l'enfant à ce qui existe déjà en faveur de l'enfance inadaptée, instituer une propagande nécessaire.

Paul Abély.

Introduction à une psychologie de la morale, par Bernard Defer. (*Thèse de Paris,* 1958, un volume 165 pages ronéotypées).

Ce beau travail, enrichi d'une importante bibliographie, porte la marque personnelle de son auteur. Celui-ci, en effet, est non seulement médecin et psychiatre, mais il est aussi ancien élève de l'école du Louvre et titulaire du certificat d'études supérieures d'ethnologie.

B. Defer aborde très courageusement un problème difficile car, comme il l'écrit lui-même, « l'individu isolé représente une abstraction, la réalité humaine est d'essence sociale ». Il définit lui-même le sens de ses recherches par la phrase suivante : « Le normal et le pathologique ne sont pas deux entités irréductibles, si bien que la pathologie mentale peut être utilisée comme un moyen de connaissance expérimentale. »

Dans un important chapitre, il aborde tout d'abord les rapports de la

psychanalyse et de la sociologie. Il en fait une critique très objective et signale très sagement le danger de certaines expansions imaginatives.

Parlant de la « sociologie de la psychopathologie », il cite les travaux de Sullivan : « Les névroses sont moins des troubles de la personnalité que des troubles des relations interindividuelles, et la guérison est assurée par le réajustement social du malade... Sullivan fait jouer un rôle important à l'expérience de l'échec dans les rapports de la personne avec autrui. » L'auteur s'aventure ensuite dans un domaine qui lui est familier, « l'ethnologie descriptive et la notion de culpabilité ».

Le hasard a voulu que je poursuive à peu près dans le même temps la lecture de cette thèse et celle d'un livre récent de P. Chauchard, « la création évolutive ». Il m'a donné l'occasion de constater une fois de plus qu'en partant de références à peu près identiques, on peut aboutir à des conclusions bien différentes selon les tendances affectives de chacun.

Defer écrit encore : « Plutôt que de mettre en parallèle les primitifs normaux, les enfants et les névrosés adultes du xx^{e} siècle, comme il a été fait en particulier par les psychanalystes, il est encore bien plus fructueux de comparer, comme l'envisage l'ethnographie contemporaine, l'individu primitif à l'individu actuel et normal », et il cite un vieux proverbe chinois : « Quand un cérémonial est perdu, cherchez-le chez les simples. »

Quand l'auteur aborde l'étude « des conduites de réciprocité », on sent qu'il serre de près le problème moral, car celui-ci n'est pas aussi élémentaire qu'il n'apparaît superficiellement. La loi morale s'appuie pas mal sur le sentiment individuel de sécurité (échange de bons procédés, ne faites pas aux autres ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fît...). Le sens moral est plus égocentrique qu'il ne voudrait le paraître et le jugement moral est souvent plus rigoureux à l'égard des autres que de soi-même (l'histoire de la paille et de la poutre), les confrontations sont aussi quelquefois assez arbitraires.

Du bref chapitre consacré par B. Defer à la « philosophie et psychophysiologie », je retiendrai seulement ces quelques phrases : « Il serait nécessaire d'étudier séparément les jugements moraux et les conduites morales... Il existe un grand écart entre la morale passive et la morale active, entre les intentions et les réalisations. »

Il cite aussi D. Parodi : « Comment passer légitimement du fait au droit et de " je vis, je pense " à " je dois vivre, je dois penser ? ". L'impératif moral est un jugement synthétique, c'est-à-dire logiquement indémontrable. »

Dans les pages dévolues à la « neurophysiologie et morale », l'auteur insiste sur le rôle du langage dans la vie morale, « le langage, donc la pensée et par conséquent la vie morale représentaient l'apanage de l'espèce humaine, qui seule à l'évidence avait réussi à symboliser le groupe ». Il rappelle l'opinion de P. Chauchard : « L'homme doté du plus grand cerveau perfectionné par le langage est le seul être pleinement capable de conscience et de maîtrise, de réflexion et de liberté..., l'homme n'est pas, il se fait... Dans de mauvaises conditions de milieu, l'homme ne se forme pas, il se défait. » Ainsi, le milieu conditionnerait en grande partie le sens moral. Que le langage parlé ou écrit contribue lui aussi à la vie morale est une question bien épineuse et à double face. Est-ce que d'ailleurs le langage est spécifiquement humain ? L'homme de la cybernétique (où il n'est naturellement pas question de morale) démontre déjà l'importance des « signaux ». A. Vandel, dans un article récent : « Du signal à la parole »

(*Journal de psychologie*, avril-juin 1958) écrit qu'il convient de relier le langage humain au langage animal, qui a lui aussi une valeur sociale toute imprégnée d'émotivité et peut-être aussi d'affectivité.

Il n'est pas toujours démontrable, contrairement à la pensée grecque, que « logos » soit synonyme d'un assemblage indissoluble de langage et de raison. La psychiatrie nous en apporte pas mal d'exemples.

Le chapitre le plus important de ce travail est celui qui a, pour titre : « Psychiatrie et morale ». L'auteur s'y intéresse aux notions de culpabilité, de sanctions et d'éthique. Il y développe les diverses conceptions contemporaines.

B. Defer termine son bel ouvrage par des conclusions synthétiques et prudentes. A celles-ci, je me permettrai d'ajouter ma propre opinion, tout aussi prudente et incertaine ; à cette élaboration des notions morales participent des éléments psychiques multiples, qui contribuent à la fois à l'édification de la conscience morale et des jugements moraux d'ensemble. Entre eux s'interposent les conduites morales, elles aussi subordonnées à tout un équilibre instinctivo-affectif. « Ce bloc moral » n'est pas inné, il se forme lentement et parallèlement à l'intégration psycho-neurologique générale, il est conditionné par le degré de maturité de cette intégration, par le dressage social, le milieu et le sentiment de sécurité ou d'insécurité.

Le sens moral est un vernis fragile qui s'écaille à la chaleur des passions. Les directives morales sont imposées par les obligations réciproques de la vie sociale. Les lois morales, qu'elles soient d'inspiration religieuse ou laïque, sont dictées par le souci du maintien de cet équilibre social, elles sont accompagnées de l'idée de sanction ou de récompense. A l'état pathologique, ce sens moral peut être annihilé ou exaspéré, il se manifeste alors socialement, soit par le cynisme, soit par le sentiment de culpabilité, lui-même intensément lié à l'idée de sanction et de responsabilité.

Paul Abély.

La psychanalyse extensive. Origines et fondements de la psychothérapie, par Olivier Loras, ex-interne des hôpitaux de Lyon, ex-chef de clinique à la Faculté, ex-assistant de neuro-psychiatrie des hôpitaux de Lyon, un volume, 254 pages, Payot, Paris, 1957, 1.500 fr.

Comme l'indique l'auteur dans sa préface, la psychanalyse qu'il souhaite est extensive, globaliste, adogmatique. Elle dépasse la genèse strictement biologique de la personnalité. Elle est d'abord une dynamique de la connaissance de l'individu, montrant combien sont imprécises les limites entre personnalités normale et pathologique, inspirant une psychothérapie capable d'atteindre le psychisme pour rétablir l'unité du malade. Elle est ainsi efficace, car « guérir, c'est toujours, pour le malade, retrouver son unité dans la confusion du morcellement ».

La première partie, « Continuité de l'humanisme et du psychosomatisme d'Hippocrate à Freud ». comprend une importante étude historique du pré-hippocratisme (tradition égyptienne), de l'hippocratisme, médecine de l'homme total ; puis des conceptions opposées de Galien, dont l'auteur critique le dogmatisme et le complexe de l'auto-estimation ; ensuite des réactions contre Galien, de l'influence religieuse, pour les stades allant de l'époque de rayonnement de la médecine arabe jusqu'à la Renaissance. Avec Sydenham s'effectue un retour à l'hippocratisme, puis c'est le psycho-

somatisme de Cabanis, après les vitalistes naturistes du XVIII[e] siècle. Au XIX[e] siècle, s'étendent la médecine organique, la médecine microbienne, jusqu'au moment où naît la psychanalyse de Freud, suivie de la médecine psychosomatique.

Dans la deuxième partie, « Approche du malade et de la maladie », sont montrés les moyens de prise de conscience dynamique de la médecine et du médecin. La médecine dynamique considère l'homme total dans son unité psychosomatique, voit la maladie comme témoignant d'un vaste conflit de l'homme malade victime d'une personnalité anxieuse. Elle recherche les causes profondes par une véritable dialectique des causalités. Très intéressants à envisager sont les concepts de normal et de pathologique, suivant les points de vue respectifs du médecin et du malade. L'essentiel demeure la personnalité du malade en situation. « Qu'est-ce que la maladie ? » Elle n'a de sens et de réalité que par rapport à la personnalité du malade. Au concept organique, lésionnel, microbien de la maladie doivent succéder les concepts du fonctionnel et dynamique psychosomatique. Une étude spéciale est faite de la notion de maladie d'adaptation. L'auteur propose de considérer la maladie comme une nouvelle situation de l'existence, possédant un sens, une direction que le médecin doit s'efforcer de trouver.

« Les dynamiques psychothérapiques » font l'objet de la troisième partie, avec étude de l'émotion normale, phénomène psychosomatique typique (émotion et comportement volontaire, émotion et expression somatique, rôle du système nerveux, centre diencéphalique et cortical des émotions). Sous le titre « Comment les émotions deviennent pathogènes », l'auteur envisage la charge pathogène de l'émotion-choc, la tension émotionnelle, l'incidence émotionnelle dans certaines maladies, les sources de l'émotion pathogène, l'orientation de la dynamique personnelle dans ses rapports avec l'émotion. Puis, il considère la dynamique de l'angoisse et de l'anxiété. Toute anxiété durable ou récidivante doit toujours conduire le médecin vers la personnalité de son malade ; l'anxieté impose l'urgence. Il ne faut pas adopter une conception statique de l'angoisse-anxiété, mais reconnaître à celles-ci une valeur dynamique. Ceci nécessite une étude de la situation du malade et de son anxiété avec les troubles somatiques révélateurs, les symptômes signaux psychiques. La dynamique psychothérapique doit aller de l'anxiété aux conflits actuels ou anciens subconscients, puis de l'anxiété aux conflits inconscients de la personnalité.

Dans la quatrième partie est exposé le passage du développement normal au développement pathologique de la personnalité. Après quelques réserves concernant ce développement, réserves sur la conception de Freud, l'auteur envisage successivement : la personnalité du nourrisson et de l'enfant jusqu'à 5 ans, le complexe d'Œdipe (faisant à son sujet de nombreuses réserves), la personnalité de 5 à 12 ans, les stades de la puberté et de l'adolescence, particulièrement importants. Enfin, sont montrés les rapports entre personnalité, inconscient et moi. Ce degré d'intégration maximal pour le moi, c'est la personnalité unitaire. Cette intégration ne peut exister sans un moi sachant utiliser toutes ses puissances rationnelles et irrationnelles.

La cinquième partie est consacrée à « la personnalité en situation d'intégration continue ». Il est indispensable de dépasser la dualité soma-psyché, si on veut aboutir à l'intégration unitaire de la personnalité. Envisageant la théorie cortico-viscérale de Pavlov, l'auteur montre que la personnalité ne peut se résumer à un jeu de réflexes même supérieurement hiérarchisés.

La personnalité est une unité dynamique (monade énergétique psychosomatique) et somatopsychique. Elle intègre diverses formes d'énergies, agissant selon les lois biologiques, en leur donnant une orientation spécifiquement humaine. Par ses composantes dynamiques, la personnalité est un mouvement vers l'intégration conférant sur le plan pratique l'équilibre de santé. Difficiles sont à définir des critères d'une personnalité normale en situation d'intégration, car l'être humain cherche une stabilité, alors que ses énergies le poussent vers une perpétuelle évolution. Etre « normal » au sens statique est tout différent de vivre normalement en état d'équilibre psychosomatique et somatopsychique. « C'est le mouvement existentiel dynamique toujours en marche qui est le véritable critère du normal et un critère de valeur. »

V.-J. Durand.

Hystérie, réflexe et instinct, par Ernst Kretschmer (de Tübingen), 6e édition revue et corrigée, un volume, VIII-148 pages, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1958, 9,80 marks.

Dans l'introduction de ce livre, dont l'édition précédente remontait à 1947, l'auteur montre que l'hystérie est une forme de réaction psychique spéciale, avec existence de syndromes préformés, dans l'histoire du développement, au niveau du substratum psycho-instinctif. L'hystérie est une forme psychogène de réaction où une tendance préalable se sert de mécanismes instinctifs réflexes ou biologiques préformés.

La première partie s'intitule : « Hystérie, instinct et pulsion ». Le premier chapitre est consacré à l'évocation de deux phénomènes antérieurement décrits par Kretschmer : la « tempête de mouvements » et le « réflexe de position de mort ». La première serait la réaction la plus primitive chez l'animal. Chez l'homme, elle se traduit dans la panique, la gesticulation de l'enfant. Il y a d'importants rapports avec la crise hystérique. Celle-ci est à la réaction normale ce que l'instinct est à l'intelligence. Quant au réflexe d'immobilisation (de position de mort), il peut être rapproché de la catalepsie et des phénomènes d'hypnose. D'intéressants commentaires sont faits à propos des réactions hypobouliques de certains peuples primitifs, comme le « Ima » chez les Aïnos du Japon.

« Hystérie et vie instinctive » font l'objet du deuxième chapitre. L'auteur insiste sur l'importante participation du système nerveux végétatif dans les syndromes hystériques diffus. Il montre les relations entre hystérie et névrose d'effroi. Mais, dans la première, s'observe une plus grande participation de la personnalité. Le rôle de l'érotisme est à considérer, ainsi que celui des facteurs constitutionnels. Un retard de développement intervient souvent. Les notions de caractère hystérique, d'immaturité, de phénomènes en cascade ou en chaîne sont particulièrement intéressants.

Le troisième chapitre étudie « Constitution et caractère de l'hystérique ». Il faut distinguer une hystérie sociale avec de nombreux types cliniques, et une hystérie au sens strict (hystérie personnelle), dans laquelle sont fréquents les signes d'infantilisme. La question du retard évolutif est très importante à connaître. Il faut évoquer ici les phénomènes de maturation ou d'immaturité. « L'instinct normal d'hier peut devenir la névrose de demain. » Quant à la notion de caractère hystérique, elle est assez discutée. Le vrai problème est de savoir si certains caractères prédisposent fréquem-

ment aux réactions hystériques. Quant à se demander si les sujets à réactions hystériques ont un caractère déterminé, cela ne signifie rien.

La deuxième partie étudie la dynamique psychophysique de l'hystérie, avec d'abord (chapitre 4), « l'habitude hystérique ». Il faut souligner la valeur des phénomènes de persévération. Le désintérêt passif de la volonté suffit à rendre possibles les fixations hystériques. Le passage d'un acte volontaire à un acte réflexe intervient dans la maladie.

Au cinquième chapitre, sont envisagées les lois de la fortification du réflexe volontaire. La participation de la volonté peut agir de façon variable sur l'activité réflexe. De nombreux exemples sont donnés, appartenant à la psychiatrie de guerre. On peut observer la fortification des réflexes dans les névroses végétatives. Au point de vue clinique, il convient de signaler une certaine modification dans les tableaux cliniques. Au xx^{e} siècle, les troubles végétatifs sont beaucoup plus fréquents que les crises motrices hystériques.

« L'appareil volontaire de l'hystérique » est décrit au sixième chapitre. L'auteur rappelle sa méthode dite protreptique. Il y a chez le malade deux volontés : l'une répondant à des motifs, l'autre réagissant à des excitants. Chez l'hystérique, s'observe un type de volonté particulier : le type hypoboulique, forme inférieure ontogénétiquement et phylogénétiquement. A côté de la faiblesse de la volonté peut intervenir aussi, dans l'hystérie, la faiblesse du but, du mobile.

Le septième et dernier chapitre a pour objet « les modifications des phénomènes psychiques internes », ce qui conduit à évoquer les mécanismes classiques de la psychanalyse. Les syndromes hyponoïques sont fréquents, avec états crépusculaires. Des exemples sont donnés.

Quelques références bibliographiques sont citées au cours des différents chapitres.

V.-J. Durand.

L'application clinique des dessins projectifs, par Emanuel F. Hammer (de New-York) et onze collaborateurs, un volume, xxii-664 pages, Charles C. Thomas, éditeurs, Springfield, Illinois, U.S.A., 1958, 13,50 dollars.

Avec Lauretta Bender, Fred Brown, John Buck, Florence Halpern, Molley Harrower, G. Marion Kinget, Sidney Levy, Karen Machover, Margaret Naumburg, Paul Schilder et Edwin Schneidman, l'auteur présente un ouvrage très copieux consacré aux problèmes de l'application clinique des dessins projectifs. Cette modalité de tests a pris rapidement une position prééminente, à côté du Rorschach, à cause de leur relative rapidité de passation, de leur facilité d'administration, de leurs nombreuses applications cliniques.

La première partie du livre comprend deux études d'Emanuel F. Hammer : « Projection dans le studio de l'artiste » (le dessin représente une forme de langage symbolique, traduisant une couche assez primitive du sujet). « Projection dans le domaine clinique » (l'homme a tendance à voir le monde à sa propre image ; le mécanisme de projection est au cœur de cette vue anthropomorphique). Le second chapitre est illustré de nombreux exemples.

La deuxième partie, « Les composants expressifs », par Emanuel F. Hammer, est consacrée à une étude des aspects expressifs des dessins projectifs, dans leur succession, leurs dimensions, la pression du trait, les détails plus

ou moins abondants, la symétrie, le mouvement, entre autres caractéristiques.

La troisième partie, « Les composants du contenu », est l'œuvre de plusieurs auteurs. Une première section envisage les dessins représentant la figure humaine. Sidney Levy étudie le dessin projectif de la figure humaine (technique du dessin d'une personne), dans ses divers éléments. Florence Halpern rapporte une observation concernant un enfant de 8 ans ; Karen Machover, le cas d'une adolescente mal adaptée ; Sidney Levy, l'observation d'un adulte profondément troublé. Une deuxième section est consacrée à l'étude des dessins d'une personne, d'une maison et d'un arbre. Emanuel F. Hammer présente la technique de cette méthode, ainsi que les principes d'interprétation du contenu. Puis, il décrit le dessin chromatique d'une personne, d'une maison et d'un arbre, donnant des exemples cliniques. Isaac Jolles fait l'étude de la projection de la personnalité d'une petite fille de 6 ans 1/2, à l'aide de ce procédé de test de dessin Emanuel F. Hammer rapporte une observation d'adolescent de 19 ans ; Fred Brown, le cas d'un adulte atteint de colite chronique ulcéreuse avec iléostomie ; John N. Buck, enfin, une analyse faite, avant et après traitement, des résultats de l'épreuve. Dans la troisième section, sont évoquées d'autres techniques projectives de dessin. Sidney Levy et Richard A. Levy considèrent le symbolisme dans les dessins représentant des animaux. G. Marion Kinget étudie le « Drawing completion Test » ; M R. Harrower, le « Most unpleasant concept Test ». Emanuel F Hammer montre quelques variantes récentes des dessins projectifs.

Le même auteur consacre la quatrième partie à la description des dessins projectifs intégrés dans l'étude d'un cas, détaillant les résultats obtenus au moyen d'une batterie de tests projectifs de dessins, chez un détenu de 51 ans.

Everett Heidgerd, dans la cinquième partie, envisage les recherches cliniques à faire à l'aide des dessins projectifs, indiquant les précautions à prendre dans l'interprétation.

La sixième partie est consacrée à la description des méthodes de dessin projectif au cours de la psychothérapie. Margaret Naumburg rappelle les buts et la fonction de « l'art-thérapie » ; puis elle donne une observation d'une schizophrène de 17 ans. Emanuel F. Hammer indique que le gribouillage spontané peut constituer une intéressante technique projective. Enfin, Lauretta Bender et Paul Schilder montrent la simplification du monde et ses problèmes dans l'art des délinquants asociaux.

Dans la septième partie, sont exposées les relations entre les dessins et le reste de la batterie projective : aires d'avantages spéciaux pour les dessins projectifs, par Emanuel F. Hammer ; rapports avec le Rorschach, par Selma Landisberg ; relations avec le Thematic Apperception Test, par Edwin S. Schneidman ; valeur pronostique des dessins dans la batterie projective, par Emanuel F. Hammer.

Enfin, la huitième et dernière partie est consacrée par E. F. Hammer à une récapitulation générale et à une perspective sur l'emploi des dessins projectifs.

L'ouvrage, qui comprend pour chacun de ses 28 chapitres de nombreuses illustrations et de très abondantes références bibliographiques, se termine par un index analytique.

V.-J. Durand.

Psychopathologie médico-légale, par J. Alves Garcia, 2e édition remaniée et mise à jour, un volume, 508 pages, Irmãos Pongetti, éditeurs, Rio de Janeiro, 1958.

Dès l'introduction, l'auteur indique pourquoi il préfère le terme de « psychopathologie médico-légale » à ceux de psychiatrie juridique ou judiciaire, ou de médecine légale des aliénés ou d'anthropologie criminelle. Un rappel historique montre l'évolution des connaissances et les transformations récemment notées ; puis sont rappelés les problèmes de la normalité et de l'anormalité mentales, de la position des criminels face aux conceptions psychopathologiques, de la notion de criminels anormaux, de celles de capacités juridique et civile.

La première partie, essentiellement psychologique, est consacrée à l'exploration de la capacité de connaître la valeur des actes humains. Ceci conduit à envisager successivement les troubles de la conscience, de l'attention, de la perception, de la mémoire, de l'idéation, de l'intelligence.

Puis, dans la deuxième partie, est faite une description des moyens de recherche de la capacité d'action et d'inhibition avec considération des troubles de l'affectivité, de la volonté et de l'activité ; enfin, problèmes de la constitution, du tempérament et du caractère.

Particulièrement importante, très détaillée, la troisième partie comprend la description des moyens d'exploration des circonstances médico-légales spéciales : étiologie des maladies mentales, diagnostic et évolution des psychoses. Puis, surtout, caractérisation des différentes affections psychiques, en ce qui concerne les actes médico-légaux : oligophrénies, personnalités psychopathiques, névroses, épilepsies, paralysie générale, syphilis cérébrale, démences organiques, démences séniles, psychoses climatériques et d'involution, psychose maniaque-dépressive, paranoïa, paraphrénies, schizophrénies, psychoses endotoxiques, psychoses hétéro-toxiques, psychoses infectieuses. Un chapitre est consacré à la simulation des troubles mentaux ; un autre, à la délinquance des mineurs.

La quatrième partie, « assistance et rééducation », voit l'étude des méthodes thérapeutiques et des divers procédés de sécurité.

La cinquième et dernière partie est consacrée à l'expertise psychiatrique, en matière criminelle et en matière civile.

Le livre, très didactique, est illustré de 55 figures, comprend de nombreux exemples cliniques, d'abondantes références bibliographiques, et se termine par un index alphabétique et un index onomastique.

V.-J. Durand.

Les méningiomes. Étude clinique et chirurgicale, par J. Guillaume, R. Billet, J.-P. Caron et D. Cuccia, un volume, 173 pages, Presses Universitaires de France édit., Paris, 1957.

Cette étude est basée sur une expérience neuro-chirurgicale de quinze années. L'ouvrage est essentiellement constitué de deux parties. Dans la première, sont exposées et analysées des descriptions générales, cliniques et

paracliniques de la symptomatologie des méningiomes cérébraux et des conduites opératoires. Dans la deuxième partie, les auteurs décrivent en détail chaque forme anatomo-clinique suivant sa localisation. Enfin, les méningiomes spinaux font l'objet du dernier chapitre du volume. L'étude des généralités concernant les méningiomes cérébraux comporte en premier lieu certaines indications d'ordre étiologique : fréquence, répartition selon l'âge et le sexe, rôle possible, ou coïncidence locale possible, du traumatisme cranien. L'étude anatomo-pathologique permet de distinguer deux types opératoires différents, dont la connaissance est très importante pour le pronostic de l'intervention. Dans certains cas, la tumeur est absolument adhérente à la dure-mère et vascularisée par elle, d'implantation typiquement superficielle. Dans d'autres cas, l'adhérence à la dure-mère est lâche et l'implantation de la tumeur se fait en profondeur ainsi que sa vascularisation. Les remaniements tissulaires osseux sont de toute façon d'importance variable. Quant au retentissement anatomique du processus tumoral sur le tissu noble cérébral, il peut consister en un simple refoulement de celui-ci, ou comporter également une véritable dégénérescence kystique des circonvolutions attenantes à la tumeur. Histologiquement, la classification adoptée par les auteurs comporte : le type mésenchymateux, le type omniforme, le type fibroblastique, le type arachnoïdien, le type pial. La symptomatologie clinique et paraclinique exposée dans ce chapitre est envisagée seulement au point de vue des caractères généraux des méningiomes, quelle que soit leur localisation. Un des caractères importants de ces tumeurs est justement l'habituelle durée de leur évolution pré-opératoire (supérieure à un an dans 55 % des cas). Il existe, en effet, une phase plus ou moins longue de relative tolérance cérébrale à l'expansion progressive de la tumeur. Pendans cette période prodromique, seuls quelques symptômes tenaces mais non spécifiques peuvent se manifester : céphalées, troubles du caractère. Plus rarement, la symptomatologie est d'emblée neurologiquement localisée, se complétant peu à peu. Ce n'est le plus souvent qu'à la phase suivante, phase de décompensation, que le tableau clinique devient suffisamment évocateur pour déclencher l'investigation clinique et paraclinique. Mais même alors, en dehors des cas typiques variant selon les localisations tumorales, certaines formes cliniques sont particulièrement trompeuses : les formes à symptomatologie psychiatrique, ophtalmologique, endocrinienne, épileptique, céphalalgiques.

Dans tous les cas (évidents, douteux ou peu évocateurs), une série d'investigations paracliniques s'imposent. L'électro-encéphalographie reflète le relatif silence clinique de l'évolution primitive du méningiome. A la phase de tolérance, les tracés sont souvent normaux. Ce n'est guère qu'à la phase de décompensation que l'enregistrement peut avoir une signification diagnostique et parfois localisatrice. Cependant, les auteurs gardent une attitude assez réservée quant à la valeur générale de l'électro-encéphalogramme dans les méningiomes, et ils préfèrent nettement deux autres techniques plus précocement valables, l'artériographie carotidienne et la ventriculographie gazeuse. Déjà la radiographie standard permet quelquefois le diagnostic de processus tumoral avec même certaines probabilités en faveur du méningiome : image de la tumeur, images de remaniement osseux, images de remaniement vasculaire. De toutes façons, comme pour l'électro-encéphalogramme, la négativité de l'examen radiologique ne peut jamais infirmer le diagnostic de méningiome.

L'artériographie, quand elle est positive, permet presque toujours d'intervenir avec une idée exacte du siège de la tumeur, une idée approximative de son volume et souvent même un diagnostic de sa nature. On réservera pourtant sa pratique aux sujets jeunes, au système cardio-vasculaire sain et dont l'état général ne nécessite pas une extrême urgence opératoire. Dans ces derniers cas, les auteurs préfèrent la ventriculographie immédiatement pré-opératoire. Cet examen a une plus grande constance dans ses résultats et aussi une plus grande bénignité dans ses risques. En effet, il permet pratiquement toujours le diagnostic pré-opératoire de la nature tumorale de la lésion et de sa localisation précise. Les auteurs restent personnellement sceptiques vis-à-vis des techniques d'encéphalographie gazeuse fractionnée par voie lombaire, celle-ci leur paraissant en quelque sorte moins immédiatement neuro-chirurgicale. Après la symptomatologie générale et les examens paracliniques, sont envisagées successivement la technique opératoire et les conséquences immédiates et tardives de l'intervention. Les techniques actuelles d'anesthésie et de réanimation ont certainement transformé le pronostic de la chirurgie des méningiomes, en particulier en ce qui concerne les complications hémorragiques per-opératoires. Dans les suites opératoires immédiates, l'hypersécrétion de liquide céphalo-rachidien, l'œdème cérébral, l'hématome post-opératoire, sont les complications les plus typiques des méningiomes. Parmi les séquelles, l'épilepsie bravais-jacksonienne, l'hémiplégie pré- ou post-opératoire ne sont pas rares. Enfin, la récidive du méningiome, même après exérèse apparemment totale, peut se voir (6 % des cas).

Dans le chapitre suivant, les auteurs examinent successivement les diverses formes anatomo-cliniques de ces processus tumoraux : méningiomes para-sagittaux, méningiomes de la faux du cerveau, de la convexité cérébrale, du plancher ethmoïdo-sphénoïdal, méningiomes supra-sellaires, méningiomes de la petite aile du sphénoïde, de la fosse temporale, de la fosse cérébrale postérieure. Après l'exposé statistique des résultats opératoires, les auteurs concluent à une mortalité réellement opératoire de 3 %. « Nous pensons, disent-ils en terminant, que nous sommes parvenus à un palier qui ne peut être abaissé maintenant qu'en évitant d'intervenir dans des cas considérés comme désespérés. Dans ces conditions, et si les conditions opératoires sont rigoureuses, la chirurgie du méningiome peut être considérée actuellement comme ne comportant plus qu'une mortalité extrêmement réduite, et c'est là un des résultats particulièrement satisfaisants de la neuro-chirurgie contemporaine. »

R. Ropert.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Peinture, folie et culture, par Roger Bastide et Osório César. (*Arquivos do Departamento de Assistencia a Psicopatas*, São Paulo, vol. 22, n° unique, 1956, p. 51-70).

Il s'agit surtout ici d'une analyse ethnologique de la peinture des aliénés. Les psychologues, qui ont voulu découvrir les lois évolutives de la désagrégation de la personnalité, ont pensé pouvoir affirmer que la personnalité culturelle est attaquée la première par la maladie. Ils oublient ainsi que la formation culturelle commence dès le jeune âge. Donc, il y a une stratification de la culture. La maladie uermet de dégager la personnalité de base de ses superstructures. Une grande prudence est nécessaire dans la délimitation de styles caractéristiques des diverses maladies mentales. Il est cependant des différences entre les productions artistiques des schizophrènes et celles des maniaques, par exemple. Il faut aussi considérer les rapports entre structures pathologiques et structures culturelles. Chez les sujets immigrants, étudiés au Brésil, la civilisation originelle est refoulée, sinon dans l'inconscient, du moins dans le « secret du cœur ». Ce refoulement crée des états de tension plus ou moins sérieux. On sait que la culture n'est pas extérieure à l'individu. Elle s'est intériorisée à lui par l'éducation et colorée diversement suivant les sujets. La peinture (comme toute production artistique) ne nous mettra jamais qu'en face d'une culture introjectée, plus ou moins déformée. Dans le cas des immigrants malades mentaux, ce qui est important, c'est la culture en tant que signe d'un état de tension. Le facteur originel de la maladie peut être, non seulement le choc culturel, mais aussi un conflit infantile, une perturbation sociale, des discriminations ethniques, une cause économique. Il semble que ces choses n'agissent que sur des sujets prédisposés. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La pensée magique, par J. de Busscher (de Gand). (*Acta neurologica et Psychiatrica Belgica*, vol. 57, fasc. 1, janvier 1957, p. 1-26).

Dans le discours présidentiel prononcé à la Société de Médecine Mentale de Belgique, le 26 février 1956, et dont le texte est publié ici, l'auteur évoque quelques-unes des caractéristiques de la pensée magique. Il en montre la présence, non seulement, chez certains peuples dits primitifs, mais aussi, s'associant à des civilisations particulièrement évoluées. De nombreux exemples indiquent combien la part de cette pensée est importante chez les individus les plus divers, sains ou malades. Plusieurs témoignages sont rapportés à l'appui de cette thèse. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Syndrome pronostiqué du schizophrène traité par électrochoc avec considération particulière du sucre lié, par N. Jevtic et B. Babic (de Belgrade). (*Neuropsihijatrija,* Zagreb, vol. 5, n° 3-4, 1957, p. 259-268).

Chez cinquante schizophrènes furent faites des recherches humorales et neuro-végétatives avant et après électroconvulsion. Il fut possible de séparer deux groupes de pronostic différent. Dans les cas à mauvais pronostic, il y avait après l'électro-choc une baisse de la tension artérielle, du taux des polynucléaires, une augmentation des lymphocytes, une accélération de la vitesse de sédimentation, des variations en plus ou en moins du sucre libre, une hausse ou une absence de changement du sucre lié, des modifications diverses du calcium sanguin, une augmentation ou une stabilisation des protéines sanguines. Pour le groupe de bon pronostic, apparaissent, après le choc, une hausse de la tension artérielle, du nombre des polynucléaires, une baisse des lymphocytes, une vitesse de sédimentation normale ou légèrement accélérée, une augmentation du sucre libre, une diminution du sucre lié, une baisse du potassium, un abaissement ou une augmentation minime des protéines. Si, au cours de formes présentant des signes pronostiques inquiétants, on observe une baisse du sucre lié, il est possible d'espérer une amélioration. L'issue du traitement se montre particulièrement favorable si la chute du sucre lié s'associe à d'autres signes de bon pronostic. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Considérations sur les infractions et la responsabilité des traumatismes craniens avec troubles psychiques, par Constanta Parhon-Stéfanescu et E. Tomorug (de Bucarest). (*Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia,* Bucarest, 2e année, n° 4, juillet-août 1957, p. 355-362).

Les auteurs ont étudié cinquante sujets qui avaient subi des traumatismes craniens et commis des infractions. Ils essaient d'établir des critères de responsabilité. Dans l'ensemble, ils penchent pour l'irresponsabilité totale, quand l'infraction a été commise dans un état de confusion mentale. Les malades manifestant des troubles de type psychotique ne doivent pas bénéficier de l'irresponsabilité. Il a été comparativement possible de constater une fréquence plus grande des infractions chez les blessés qui avaient subi des traumatismes du côté gauche du crâne.

V.-J. Durand.

Schizophrénie post-rhumatismale, par O. Maller, Gr. Caracas et T. Vlad (de Bucarest). (*Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia,* Bucarest, 2e année, n° 5, septembre-octobre 1957, p. 406-411).

Les auteurs décrivent deux cas de schizophrénie, apparus à la suite d'un ou plusieurs accès de rhumatisme articulaire aigu. En se rapportant aux différents aspects de rhumatisme cérébral, ils éliminent la confusion mentale, l'encéphalite aiguë, le délire aigu méningitique, tous d'origine rhumatismale, pour s'arrêter au diagnostic de schizophrénie simple, dans le premier cas, de schizophrénie paranoïde dans le second. En se rapportant aux mécanismes pathogènes de la schizophrénie post-rhumatismale, ils évoquent l'anergie commune au rhumatisme et à la schizophrénie, état marqué par une réactivité modifiée de tout l'organisme et surtout du système mésenchymateux.

V.-J. Durand.

Diagnostic dans la perspective sociologique, par R. A. Schermerhorn (de Cleveland). (*American Journal of Psychotherapy,* vol. 11, n° 4, octobre 1957, p. 813-820).

A côté des procédés habituels de diagnostic psychiatrique, il faut connaître celui qui repose sur des vues sociologiques. L'analyse de l'histoire de la vie du malade, la mise en jeu de méthodes multidimensionnelles sont d'actualité. Certains chercheurs se sont particulièrement intéressés à ces problèmes, comme Kurt Lewin, Leary et Coffey, Alexander, Weinberg. Le but du diagnostic psychiatrique doit, nécessairement, être plus modeste que celui d'un diagnostic bactériologique. Il doit être de découvrir un lien entre divers éléments de l'histoire vécue du malade, ce qui permet au thérapeute d'intervenir, en surmontant l'unicité du cas individuel et d'aboutir avec le moindre nombre possible d'erreurs. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'importance de la psychologie génétique pour la psychopathologie de la schizophrénie, par Thomas Freeman et Andrew Mc Ghie (de Glasgow). (*The British Journal of Medical Psychology,* vol. 30, n° 3, 1957, p. 176-187).

Le but du présent travail est de tenter d'examiner les théories psychopathologiques courantes de la schizophrénie à la lumière des découvertes de la psychologie génétique. Cette dernière a été définie comme la branche qui étudie les phénomènes mentaux et le comportement par la méthode génétique, c'est-à-dire en recherchant l'origine et le cours de développement des divers phénomènes mentaux. On sait que la ressemblance entre la conduite du schizophrène et celle d'un enfant a été reconnue depuis longtemps. La régression des pulsions instinctives a été admise. Particulièrement importantes sont les études de Piaget sur les origines de la pensée, le développement des perceptions chez l'enfant. D'utiles comparaisons peuvent être faites avec les phénomènes perceptifs et moteurs observés dans la schizophrénie. Il apparaît que, dans cette maladie, il y a installation des modes les plus élémentaires de fonctionnement mental. Pour les auteurs, dans la schizophrénie, l'aire du moi affectée est la sphère « non conflictuelle ». Les perturbations de cette aire déterminent des modifications de la motilité, de la pensée, de la perception et de la mémoire. L'importance plus ou moins grande du dommage de la sphère non conflictuelle serait la cause de l'apparition de catatonie, d'hébéphrénie ou de formes paranoïdes. L'atteinte maximale provoquerait l'hébéphrénie ; une perturbation légère serait à la base des psychoses paranoïdes ; quant à la catatonie, elle occuperait une position intermédiaire. Tous les schizophrènes peuvent être améliorés par le développement de relations préverbales, affectives avec le médecin et l'infirmière. Le degré de cette forme de relation répond à l'importance des progrès thérapeutiques obtenus. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

NEUROLOGIE

Étude anatomo-clinique d'un cas d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, par St. Draganescu, E. Façon, I. Olteanu et S. Voinescu. (*Neurologia, psihiatria, neurochirurgia,* Bucarest, 2e année, n° 5, septembre-octobre 1957, p. 433-442).

Les auteurs présentent l'étude anatomo-clinique d'un cas d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, chez une malade de 49 ans, ayant un syndrome cérébelleux avec des troubles de l'équilibre, de la coordination, ainsi qu'une légère dysarthrie. L'affection date de trois ans après un début marqué par une amaurose passagère et une hémiparésie gauche. La présence d'un nystagmus ainsi que les symptômes initiaux, indiquaient, au point de vue clinique, l'existence d'une sclérose multiple. L'autopsie a montré une atrophie olivo-ponto-cérébelleuse de type Déjerine-Thomas avec la disparition des cellules de Purkinje, des neurones des noyaux du pont et des olives inférieures, avec dégénération et atrophie de la substance blanche du cervelet, du pédoncule cérébelleux moyen et atrophie partielle du corps restiforme. Dix figures.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des céphalées d'origine comitiale, par Isaïas Paim. (*Revista brasileira de saùde mental,* vol. 3, n° 1, juin 1957, p. 29-35).

L'auteur expose une observation de céphalées comitiales chez une malade de 42 ans. Il s'agissait de céphalées de type ophtalmique. La douleur, hémicranienne, était généralement précédée par des phénomènes visuels et accompagnée de sensations pénibles dans le globe oculaire droit. En même temps, survenaient des vertiges, de la rougeur de la face et des mains (celles-ci étant engourdies), une impression de chaleur à la tête. D'autre part, la malade montrait des symptômes névrotiques de caractère obsessionnel avec de forts éléments d'angoisse. L'examen électro-encéphalographique révéla une dysrythmie cérébrale paroxystique, diffuse et bilatérale, avec des éléments importants temporaux bilatéraux. La thérapeutique anti-comitiale par l'hydantoïne et le gardénal, pendant six mois, améliora seulement les troubles visuels, tandis que les manifestations hémi-craniennes périodiques continuaient. L'emploi de la mysoline permit d'obtenir de meilleurs résultats. L'auteur rappelle l'intérêt de l'électro-encéphalogramme dans les céphalées, même quand celles-ci semblent de nature névrotique.

V.-J. Durand.

Considérations sur quelques cas de traumatisme cranio-cérébral en rapport avec l'épilepsie traumatique, par Lanfranco Simonetti (de Macerata). (*Il Cervello,* 34e année, n° 3, 15 mai 1958, p. 171-180).

Six cas d'épilepsie traumatique sont présentés par l'auteur. Les deux premiers appartiennent, au moins cliniquement, au tableau typique du syndrome. Les manifestations débutèrent respectivement six ans et sept mois après le traumatisme. Dans le troisième cas, une épilepsie convulsive, associée à des absences fréquentes, contrastait avec des signes lésionnels réduits.

Le quatrième malade était un blessé cranien de guerre avec crises épileptiformes et schizophrénie. L'étiologie est plus douteuse. La cinquième observation est celle d'une épilepsie temporale, apparue onze ans après un traumatisme cranien. Enfin, le dernier cas concerne une importante fracture de la calotte frontale, avec perte de substance osseuse et cérébrale, esquilles osseuses intracérébrales, lésions étendues. Le malade suivi pendant sept ans ne montre aucun trouble comitial. Quelques considérations sont faites sur les discussions soulevées par le difficile problème de l'épilepsie traumatique. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Fibrome intracérébral géant récidivé. Hibernation artificielle, par Lorenzo Amezua (de Buenos Aires). (*Acta Neuro-Psiquiátrica Argentina,* vol. 4, n° 1, janvier-mars 1958, p. 15-22).

L'auteur présente l'observation d'une enfant de 12 ans chez laquelle furent extirpés, en un an, deux fibromes intraparenchymateux du cerveau, de 205 grammes et 465 grammes. L'évolution post-opératoire fut médiocre, à longue échéance, à cause de l'atrophie et de la porencéphalie secondaire. La réintervention fut faite sous hibernation artificielle. Celle-ci présenta divers avantages : silence cérébral absolu, absence d'œdème, franche réduction de l'hémorragie opératoire, excellentes courbes de pouls, de pression et de température, absence de syndrome irritatif central post-opératoire. Malgré le caractère récidivant, la seconde tumeur montrait l'histologie typique des fibromes. L'étude des pièces opératoires fit noter qu'il ne s'agissait pas d'un méningiome fibromateux. Malgré la prolifération cellulaire retrouvée dans la deuxième néoformation, il n'y avait aucun symptôme sarcomateux. Dix figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Compression médullaire par spondylose secondaire à une ostéochondrodystrophie type Silverskjöld, par Julio A. Rodriguez. (*Acta neuro-Psiquiátrica Argentina,* vol. 4, n° 1, janvier-mars 1958, p. 53-57).

Il s'agit, chez un homme de 59 ans, d'une observation complexe : paraplégie par atteinte médullaire liée à une dysplasie, avec petite taille, membres inférieurs courts, genu valgum bilatéral, tête volumineuse, faciès acromégaloïde, pieds plats de grandes dimensions. Au point de vue osseux, à part l'ostéoarthrose, il s'agit d'une ostéopathie généralisée avec lésion exclusive de l'os enchondral. Mais, contrairement à l'achondroplasie, il n'y a pas exclusivement et systématiquement une ossification précoce des cartilages de conjugaison et de la base du crâne, mais également hypoplasie et irrégularité dans le développement des noyaux d'ossification des épiphyses. Donc, ce cas est à inclure dans les ostéochondrodystrophies. Si on admet les variétés de ces malformations, la plastispondylie diffuse, la tête volumineuse et la coxa vara forcent à classer le malade dans les ostéochondrodystrophies, type Silverskjöld. Huit figures.

V.-J. Durand.

Hémiamyotrophie consécutive à la diencéphalite primitive, par Gh. Ursan, Berdj Asjian, Rodica Dașcalu-Asjian et L. Popovici (de Cluj). (*Neurologia, psihiatria, neurochirurgia,* Bucarest, 2e année, n° 5, septembre-octobre 1957, p. 456-460).

Les auteurs présentent un malade qui, au point de vue clinique, montrait une forme de passage entre un syndrome amyotrophique du type myopathique et celui de type myélopathique. Les données cliniques et celles de laboratoire ont établi l'origine de ce tableau, comme le résultat d'une atteinte inflammatoire de la région diencéphalo-mésencéphalique (diencéphalite primitive). Le traitement appliqué en conséquence a déterminé la rétrocession des symptômes et le rétablissement clinique du malade.

V.-J. Durand.

Tératome pinéalomateux avec symptômes cliniques variés : diabète insipide, panhypopituitarisme, hypernatrémie et hyperchlorémie, pseudo-signe d'Argyll-Robertson, syndrome de Parinaud, par C. Kawai, T. Shiota, O. Morimoto, R. Kusakawa, O. Midorikawa, N. Juge, H. Matsui et I. Takeuchi (de Kyoto). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica,* vol. 11, n° 4, mars 1958, p. 347-363).

Un tératome pinéalomateux est trouvé chez un malade de 22 ans, dont le premier trouble fut le diabète insipide. Plus tard, étaient apparus des signes d'insuffisance de l'hypophyse antérieure. En dépit de l'absence de toute augmentation de la pression intra-cranienne jusqu'au dernier mois avant la mort, l'autopsie révéla une tumeur occupant presque toute la région diencéphalique et la substance grise centrale du cerveau moyen, avec obstruction de l'aqueduc de Sylvius. On peut discuter la relation entre le pseudo-signe d'Argyll-Robertson et l'atteinte des noyaux du tronc cérébral. Il semble que l'hypernatrémie et l'hyperchlorémie étaient la conséquence, non seulement de la déshydratation, mais aussi des troubles des centres métaboliques régulateurs du sodium et du chlore. Douze figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Considérations pathogéniques et étude électro-encéphalographique sur le syndrome de Hœring-Bardet-Biedl, par D. Angrisani et C. Serra (de Naples). (*Folia Psychiatrica,* Lecce, 1re année, 1958, p. 25-42).

Une observation de syndrome de Hoering-Bardet-Biedl (ou de Laurence-Moon-Bardet-Biedl) est rapportée chez un homme de 30 ans. Une attention spéciale est accordée à l'électro-encéphalogramme, recherché chez le malade et chez ses ascendants, consanguins, mais indemnes. Des considérations anatomiques, pneumo-encéphalographiques, sont faites. Les auteurs soulignent l'intérêt d'une explication du syndrome par une dysgénésie diffuse et non seulement diencéphalo-hypophysaire. Ils cherchent à expliquer la souffrance sous-corticale temporo-centrale, trouvée à l'électro-encéphalogramme des parents du malade. Peut-être s'agit-il d'une sorte de composante encéphalique de la dégénérescence tapéto-rétinienne, à rattacher à une manifestation phénotypique de l'état hétérozygote. Huit figures en hors-texte. Bibliographie.

V.-J. Durand.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Réactions cliniques et électro-encéphalographiques développées par des stimulations électriques du noyau caudé et du thalamus chez l'homme, par I. Matsui, H. Yoshioka, O. Ishikawa et K. Ihara (de Kanazawa). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica,* vol. 11, n° 2, septembre 1957, p. 150-156).

Il est difficile d'obtenir une réaction par une stimulation unique du noyau caudé. Ceci se comprend par les grandes dimensions de ce noyau et son rôle comme élément du système extrapyramidal. Une stimulation isolée du thalamus provoque une suppression nette de la conscience. Si le noyau caudé et la portion antéro-dorsale du thalamus sont stimulés en même temps, il y a suppression de la fonction motrice. Les réponses de recrutement pour des frépuences variées, de la stimulation sont marquées, à l'électro-encéphalogramme, sans s'accompagner de signes cliniques. La portion frontale représente le premier siège de production des réponses de recrutement. Celles-ci diffusent ensuite à d'autres régions, si la stimulation augmente. Les phases des réponses dépendent de la fréquence des stimulations. Tandis que les réponses de recrutement apparaissent seulement pour des narcoses profondes, chez l'animal (chat, chien, lapin), on peut les constater chez l'homme en dehors de toute narcose ou pour des narcoses légères. Sept figures.

V.-J. Durand.

Étude électro-encéphalographique du thalamus humain, par Osamu Ishikawa (de Kanazawa). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica,* vol. 11, n° 2, septembre 1957, p. 128-149).

L'auteur a observé les réactions aux stimulations électriques de différentes portions du thalamus dans 120 cas cliniques, opérés dans un but thérapeutique. Les potentiels électriques thalamiques dépendent des conditions psychiques contemporaines. Il y a des ondes alpha de 8 à 12 cycles-seconde. A l'état vigile, mais inconscient, viennent s'ajouter des ondes rapides, de bas voltage. La synchronisation entre activités thalamiques et corticales est nette quand les fonctions cérébrales diminuent. Les narcotiques agissant sur le tronc cérébral ralentissent les ondes thalamiques. Au début de la narcose, les ondes rapides disparaissent au niveau de la couche optique. Des convulsions ou de petites crises provoquées par la stimulation électrique du thalamus amènent des changements des potentiels locaux, parfois avec ondes de 3 cycles-seconde. Dans la baisse des fonctions cérébrales due à la répétition des électro-chocs, les ondes thalamiques sont ralenties. La réponse de recrutement provoquée par la stimulation électrique continue du thalamus peut se retrouver chez l'homme. Cette réaction peut suggérer certaines hypothèses sur le mécanisme du sommeil d'origine thalamique, la couche optique intervenant toujours dans le stade d'endormissement. Seize figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Expériences de stimulation sur le complexe nucléaire amygdalien et des structures correspondantes. Effets sur le volume rénal, la sécrétion urinaire, les mouvements de la vessie, la pression artérielle et les mouvements respiratoires, par H. Koike-Gami, T. Dodo, Y. Mochida et H. Takahashi (de Niigata). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica,* vol. 11, n° 2, septembre 1957, p. 157-206).

Par des expériences de stimulation chez le chien et la chèvre, les auteurs ont exploré certaines fonctions du noyau amygdalien et des structures correspondantes. Ils ont observé une diminution de volume du rein et un retard à l'élimination de l'urine par stimulations électrique et chimique du noyau médian principal, tandis que la stimulation du cortex du lobe piriforme ou de l'aire corticale péri-amygdalienne ne donnait pas de modification. Les changements de volume du rein seraient en rapport avec les modifications dans la tension artérielle. La stimulation passerait directement par les fibres atteignant les noyaux hypothalamiques ipsilatéraux. Après splanchnicotomie, la stimulation de la partie médiane du noyau amygdalien diminue le volume rénal. La même région peut, si elle est stimulée, inhiber les mouvements vésicaux. La stimulation du noyau intermédiaire principal donne, au contraire, une accélération des contractions. L'excitation de certaines zones du cortex hippocampique provoque la miction ou une forte contraction de la vessie. La stimulation de l'aire orbitaire postérieure détermine une inhibition de la respiration, mais pas d'effet sur la vessie. La transmission se ferait par des fibres gagnant les noyaux hypothalamiques. La stimulation de certaines régions de l'hippocampe provoque une baisse de la pression artérielle et de la mydriase. Une semblable chute de tension pourrait être déterminée par stimulation du putamen. Les résultats obtenus par stimulation des zones hypothalamiques sympathiques et parasympathiques étaient analogues à ceux de la stimulation de la région amygdalienne. Tables. Vingt-deux figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Fondement biologique des instincts, par J. Fragoso Mendes. (*Anais Portugueses de Psiquiatria,* vol. 9, n° 9, décembre 1957, p. 118-133).

La fonction instinctive est un des fondements essentiels de la vie, responsable du comportement. Sa connaissance est indispensable pour l'étude de la personnalité, dont elle constitue la couche la plus profonde. Chez l'homme, les instincts atteignent leur différenciation maximale, faisant partie intégrante du tempérament et représentant les tendances affectives de base. Ils sont étroitement intégrés dans un ensemble hiérarchiquement structuré. Leur adaptation et leurs modifications par les habitudes acquises et les volitions conscientes, prouvent, jusqu'à un certain point, l'intervention de la conscience dans quelques actes instinctifs. La régulation biologique des instincts s'effectue grâce à des systèmes intéroceptifs (morphologiques, biochimiques) et extéroceptifs. Evoquant les diverses classifications des instincts, l'auteur en montre le fondement biologique. Il termine en rappelant les rapports entre fonctions instinctives et phénomènes sociologiques, ainsi que l'intervention des instincts dans certains tableaux névrotiques.

V.-J. Durand.

Comportement électro-encéphalographique des épileptiques traités par les diurétiques mercuriels, par R. Gattuso et G. La Boria (de Catane). (*Acta Neurologica,* Naples, 12e année, n° 3, mai-juin 1957, p. 359-365).

Les épileptiques soumis à des diurétiques mercuriels récupèrent rapidement l'eau perdue. Celle-ci serait vraisemblablement à considérer comme de l'eau liée. Ceci entraîne l'activation d'ensemble du tracé. Il est possible de donner une grande importance à la vitesse d'action du diurétique administré par voie intraveineuse. Ceci pourrait faire soulever l'hypothèse que, dans la pathogénie de l'accès épileptique, un rôle essentiel appartient à l'échange hydrique. Pour la survenue de la crise convulsive, il faut incriminer de brusques variations d'ordre somatique coïncidant avec une plus nette activité irritative focale à l'électro-encéphalogramme. Trois figures.

V.-J. Durand.

La biologie de la vieillesse chez les malades mentaux. Les altérations du tracé électro-cardiographique de signification artériosclérotico-hypertensive chez des malades mentaux de plus de 45 ans, par Silvano Parigi et Ilario Turchini (d'Arezzo). (*Rivista di Neurobiologia,* vol. 4, fasc. 1, janvier-mars 1958, p. 89-103).

Sur l'ensemble des malades âgés de plus de 50 ans, soignés à l'hôpital psychiatrique d'Arezzo pour dysthymie, schizophrénie et oligophrénie, il a été constaté dans 16 % des cas des signes électro-cardiographiques de souffrance cardiaque par atteinte artériosclérotico-hypertensive. Parmi les dysthymiques, les troubles du tracé ont été notés dans 23 % des cas, chez les schizophrènes dans 12 %, chez les oligophrènes dans 15 %. Les symptômes de souffrance cardiaque sont plus précoces chez les dysthymiques. Les caractères de gravité sont rares chez les schizophrènes. Il semble qu'une hospitalisation prolongée favorise l'apparition de l'artériosclérose et de l'hypertension. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La biologie de la vieillesse chez les malades mentaux. Les altérations de signification artériosclerotico-hypertensive des vaisseaux rétiniens chez des malades mentaux de plus de 45 ans, par Silvano Parigi et Carlo Alberto Nuti (d'Arezzo). (*Rivista di Neurobiologia,* vol. 4, fasc. 1, janvier-mars 1958, p. 105-118).

Chez des dysthymiques, des schizophrènes et des oligophrènes, on a pu observer seulement de façon exceptionnelle des manifestations rétiniennes, rattachables à des vasculopathies artério-sclérotico-hypertensives entre 45 et 55 ans. Chez des malades de plus de 55 ans, ces manifestations ont été constatées dans 39 % des cas. On a recherché la fréquence de la mort par cause circulatoire cérébrale chez ces malades. La proportion a été de 20 %. Chez les dysthymiques, la rétinite est relativement fréquente, de même une vasculopathie cérébrale aiguë mortelle. Les schizophrènes et surtout les oligophrènes ont semblé moins touchés et plus tardivement. Il est apparu qu'une hospitalisation prolongée se montrait une cause favorisante pour la survenue de la vasculopathie rétinienne. Bibliographie.

V.-J. Durand.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Quelques considérations sur le développement mental des prématurés, par U. Bocci et E. F. Inga. (*Nevrasse,* VI, 1956, n° 5, mars 1958, pp. 475-482).

Les auteurs ont suivi le développement mental de 25 prématurés âgés de 20 mois à 10 ans et plus, comparativement au développement de 50 enfants du même âge nés à terme. Les tests utilisés sont le Minnesota pour les enfants de 20 mois à 5 ans, le Wechsler pour ceux de 6 à 10 ans, le Termann-Merril pour ceux de 10 ans et plus. D'après les résultats psychométriques ainsi obtenus, les prématurés ne présentent pas de retard intellectuel par rapport aux enfants nés à terme ; au contraire, on trouve même parmi eux un pourcentage plutôt important de quotient intellectuel élevé, s'il n'y a eu aucune lésion neurologique au moment de l'accouchement. Les auteurs expliquent les quotients intellectuels élevés par la précocité des stimulations physiques et psychiques agissant sur le cerveau en voie de maturation.

R. Ropert.

Troubles épileptiques du comportement dans l'enfance, par Moriaki Ando (de Nagoya). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica,* vol. 11, n° 4, mars 1958, p. 325-333).

Sur une série de 50 cas d'enfants souffrant de troubles du comportement, dans 46 % furent trouvées des anomalies électro-encéphalographiques. Huit fois, il s'agissait de décharges électriques typiques. Dans 60 % des cas, on pouvait retrouver des désordres cérébraux dans l'anamnèse. Mais, les facteurs héréditaires étaient plus rares. Une discussion est faite à propos des éléments physiopathologiques possibles dans les troubles du comportement et de l'émotion, en rapport avec les symptômes cliniques et électro-encéphalographiques. Les changements somatiques impliquant une réaction nerveuse centrale sont, non seulement le résultat de l'émotion, mais englobent les caractéristiques et l'évolution de celle-ci. Cinq figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Épilepsie temporale. Épilepsie de l'enfance avec foyer temporal, par par Angel A. Monti (de Cordoba). (*Acta Neuro-Psyquiátrica Argentina,* vol. 4, n° 1, janvier-mars 1958, p. 23-27).

Chez l'enfant, l'épilepsie temporale est plus rare que chez l'adulte. L'auteur étudie une série de quarante enfants de 4 à 14 ans. Le diagnostic se base sur l'anamnèse, le type de l'accès, l'électro-encéphalogramme. La symptomatologie consiste en : hallucinations visuelles, auditives, gustatives, olfactives, troubles paroxystiques de la parole, automatismes, changements du système nerveux autonome. Les symptômes constituent l'aura ou toute la crise. Il faut insister sur la valeur des crises focales. Deux enfants montrèrent des hallucinations visuelles complexes, cinq des troubles du comportement, un des équivalents. Au point de vue étiologique, dans vingt-six cas, la cause était inconnue ; sept fois, c'était l'anoxie de la naissance ; cinq fois, on retrouvait des parents épileptiques ; deux enfants avaient eu des signes

d'encéphalites. L'électro-encéphalogramme donna : 35 cas avec pointes-ondes d'un côté, trois avec foyer bilatéral, un avec dysrythmie diffuse, un avec tracé normal. Parfois, le foyer électrique disparaît par le traitement prolongé. La thérapeutique se base surtout sur les hydantoïnes et les barbituriques, plus rarement sur la mysoline. Le contrôle des attaques fut complet dans 19 cas, partiel dans 10. Cinq malades résistèrent au traitement. Un cas fut guéri par l'intervention chirurgicale. Deux figures.

V.-J. Durand.

Rééducation et traitement de délinquants juvéniles, par Ernst Papanek (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy,* vol. 12, n° 2, avril 1958, p. 269-296).

Les délinquants juvéniles sont, pour la plupart, non seulement des cas psychiatriques, mais surtout des cas sociaux. Quand on discute leur rééducation et leur traitement, on doit considérer les facteurs contributifs émotionnels, médicaux et socio-économiques. L'auteur montre les principaux problèmes posés, puis il évoque l'enfant rebelle, souligne l'intérêt des notions d'intérêt social et de sentiment communautaire, de responsabilité. Puis sont envisagées les questions de cure institutionnelle et de traitement d'ambiance. Certains exemples sont donnés, concernant divers établissements avec leur programme de traitement, l'emploi des thérapeutiques cliniques, de la psychothérapie, la modification du milieu. Les résultats sont variables, mais parfois encourageants. Les adolescents qui, par leurs réactions violentes, ont montré leur opposition à la frustration, à la carence affective, peuvent montrer des tendances à accepter la société de façon positive. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le rôle de l'ambiance et des liaisons temporaires dans le pathomécanisme des névroses de l'enfant, par Irène Jakab (de Pécs, Hongrie).

(*L'hygiène mentale,* t. 46, n° 6, 1957, p. 345-357).

La présente étude porte sur des enfants vus à la consultation de neuropsychiatrie infantile, pour des symptômes névrotiques, mais n'ayant ni oligophrénie, ni épilepsie, ni lésions organiques du système nerveux central. Sur un ensemble de deux cents enfants, il y eut : 81 cas de « nervosité générale », 5 de dépression, 27 de comportement agressif, 20 de vagabondage, 10 de vols répétés, 27 de frayeurs nocturnes, 27 d'énurésie, 7 d'encoprésie, 6 de névroses avec signes somatiques d'accompagnement. Des exemples sont rapportés pour les différentes modalités de troubles. Il apparaît que les enfants sont beaucoup plus sensibles que les adultes aux facteurs qui perturbent le rythme vital habituel. Ceci est lié partiellement au développement psychique encore incomplet de l'enfant. Celui-ci n'est pas toujours en mesure de comprendre les raisons ou les causes, parfois même la nécessité d'actions de son entourage. Il s'échappe par la maladie. Les modalités de celle-ci sont souvent déterminées par des liaisons temporaires agissant en même temps que les excitations causales. En supprimant les influences nocives de l'ambiance, on peut prévenir l'apparition des névroses infantiles.

V.-J. Durand.

THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique par le choc cardiazolique en état de relaxation musculaire grâce à la succinylcholine, par G. Bianchi. (*Névrasse*, VI, 1956, n° 4, 21 mars 1958, pp. 319-323).

L'auteur ropose une méthode de choc cardiazolique sous relaxation musculaire obtenue par l'administration intraveineuse de succinylcholine à des doses de 40 à 60 mg. L'injection de cardiazol est pratiquée quand la relaxation musculaire complète est obtenue, et le traitement ainsi conduit donne les mêmes résultats que la série cardiazolique classique ; souvent même, les résultats thérapeutiques obtenus sont plus précoces et les séances peuvent être réduites en nombre. L'auteur compare favorablement cette méthode à celle du choc cardiazolique sous narcose barbiturique.

R. Ropert.

A propos de nouveaux médicaments psychiatriques : étude de l'activité de l'hydroxizine et de son association à la chlorpromazine ou à la réserpine, par B. Bisio. (*Névrasse*, VI, 1956, n° 4, mars 1958, pp. 324-339).

L'auteur étudie comparativement les résultats thérapeutiques obtenus par lui avec l'hydroxyzine (atarax) seule et associée à la chlorpromazine ou à la réserpine. Les doses quotidiennes d'hydroxyzine variaient de 125 à 400 mg. ; la durée du traitement était de 10 à 20 jours. La voie d'administration, pour les trois médicaments, était la voie orale. Les patients sont répartis en quatre groupes : le premier ne reçoit que de l'hydroxyzine ; le second ne reçoit que le traitement associé hydroxyzine-chlorpromazine ; le troisième ne reçoit que l'association hydroxyzine-réserpine ; le quatrième reçoit successivement chacun des trois traitements à un mois d'intervalle. L'étude des résultats obtenus dans les trois premiers groupes montre que l'hydroxyzine, sauf à doses très élevées, est assez efficace employée seule, mais intéressante associée à la réserpine, en particulier dans les syndromes schizophréniques. Par ailleurs, aucun symptôme d'intolérance, aucun incident n'a été noté.

R. Ropert.

Sérotonine et schizophrénie : contribution expérimentale à la question par administration sous-occipitale et lombaire de sulfate double de 5-hydroxytryptamine et créatinine, par P. Dogliani, C. Camurati et G. Milano. (*Nevrasse*, VI, 1956, n° 4, mars 1958, pp. 340-349).

Les auteurs ont traité un groupe de schizophrènes (10 malades), par des doses progressives de sérotonine introduite par voie sous-occipitale ou lombaire en complétant toujours ces essais par des injections intraveineuses à doses plus élevées. Ils ont obtenu, au point de vue biologique, d'importantes modifications humorales et des réactions neuro-végétatives plus ou moins intenses. Au point de vue clinique, les quelques améliorations transitoires obtenues ne permettent pas de systématiser les résultats.

R. Ropert.

L'association dinitrile succinique-ergose dans la thérapeutique des états dépressifs, par U. Bocci et E. F. Inga. (*Névrasse*, VI, 1956, n° 4 mars 1958, pp. 350-357).

Les auteurs utilisent l'association à la thérapeutique par le dinitrile succinique intraveineux, de l'administration d'une solution de miel déprotéinisé à 40 %. La série de dinitrile succinique aux doses habituelles est suivie après quelques jours de repos par la série d'injections d'ergose pendant une dizaine de jours. On obtient ainsi, chez des malades déprimés, une notable amélioration dans laquelle la thérapeutique ergosique semble jouer un rôle de consolidation par rapport à l'action du dinitrile succinique.

R. Ropert.

La chlorpromazine dans la thérapeutique du coma post-hypoglycémique au cours de la cure de Sakel, par L. Campi et C. Camurati, (*Nevrasse*, VI, 1956, n° 4, mars 1958, pp. 371-380).

Exposé d'un cas de dépression atypique traînante traitée par insulinothérapie, au cours de laquelle survint un coma post-hypoglycémique avec atteinte grave de l'état général. La thérapeutique habituelle dans ces cas fut instaurée d'urgence et l'adjonction de chlorpromazine à la dose de 50 mg. par voie intraveineuse parut déterminante aux auteurs dans les résultats positifs obtenus, au moment où l'état de rigidité décérébrée, la dyspnée, l'arythmie cardiaque et l'hyperthermie semblaient sous-entendre une issue fatale. Le mode et le siège d'action de la chlorpromazine expliquent l'effet rapidement bénéfique de ce médicament dans ce syndrome d'origine évidemment centrale.

R. Ropert.

Traitement chirurgical de la maladie de Parkinson, par Hernando Corredor et Alvaro Corredor. (*Archivos de Criminologia, Neuro-Psiquiatria y Disciplinas Conexas*, Quito, vol. 6, n° 21, janvier-mars 1958, p. 106-124).

Reprenant la question du traitement chirurgical de la maladie de Parkinson, les auteurs évoquent d'abord les problèmes étiologiques, puis la pathogénie. Ils font alors une description des lésions anatomo-pathologiques rencontrées dans la maladie de Parkinson. Les connaissances physio-pathologiques et neuro-physiologiques ont permis d'importants progrès thérapeutiques. Au point de vue des techniques chirurgicales préconisées, les auteurs distinguent des interventions de neuro-chirurgie classique (corticales et cortico-sous-corticales, sur les structures sous-corticales, sur le tronc cérébral, sur le cervelet, sur la moelle, sur les racines nerveuses, sur le sympathique, sur les artères cérébrales) et des interventions stéréotactiques, particulièrement efficaces. De nouveaux progrès sont d'ailleurs possibles. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

A propos des propriétés pharmacodynamiques de la réserpiline, par J. La Barre. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique,* 6e série, t. 23, n° 3-4, 1958, p. 240-257).

L'auteur décrit les résultats d'expériences faites avec la réserpiline, alcaloïde extrait de l'écorce de *Rauwolfia vomitoria.* Ce produit est dépourvu d'action stimulante sur la sécrétion et la motilité gastriques. Contrairement à la réserpine, la réserpiline ne possède aucune propriété ulcérigène gastrique. Chez le chat chloralosé, elle se comporte comme un hypotenseur aussi puissant que la réserpine, tout en étant dénuée de propriétés tranquillisantes. La toxicité est faible (dose mortelle : 19 mg. par kilo chez le cobaye. De l'étude expérimentale actuelle, il semble possible de conseiller l'emploi de la réserpiline dans le traitement de l'hypertension et des troubles circulatoires périphériques observés en pathologie humaine. Sept figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Réflexions sur la psychothérapie, par M. Blanc (de Bordeaux). (*L'hygiène mentale,* t. 46, n° 4, 1957, p. 281-288).

Comme le dit Hesnard, toute psychothérapie est l'établissement d'une relation intersubjective. D'autre part, le fait fondamental de tout acte thérapeutique, c'est que les deux présences du malade et du médecin se répètent dans une atmosphère de bonne volonté. Le malade vit sa réalité d'être en se heurtant à la présence de l'autre ; il vit sa réalité existentielle et aussi sa valeur parce qu'il est un existant digne d'une rencontre. Enfin, il prend conscience de la durée vécue. Toute psychothérapie aide le malade avec les moyens que lui confère sa définition de la nature humaine. Il ne faut pas penser qu'il n'y a qu'un type de rencontre (le transfert) susceptible de réussir.

V.-J. Durand.

Communications en psychothérapie, par Dominick A. Barbara (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy,* vol. 12, n° 2, avril 1958, p. 253-263).

Les buts de la psychothérapie ont changé considérablement au cours des dernières décennies. Aujourd'hui, l'accent est mis, non pas tellement sur les symptômes comme expression primitive des troubles sous-jacents, que sur le traitement de la personnalité totale. Une approche dynamique doit impliquer non seulement le développement précoce de l'individu, mais aussi les tendances basales conflictuelles au cours des diverses phases de l'existence, avec considération compréhensive des forces constructives et destructives. En bref, l'idéal de toute tentative psychothérapique valable est de libérer et de cultiver les forces qui mènent à la réalisation du sujet. L'auteur envisage successivement le malade en qualité de partenaire du dialogue psychothérapique (début du processus thérapeutique), puis l'intervention du thérapeute (suite du processus), ensuite, l'intervention des « mots », dans leur valeur symbolique, enfin la rupture des barrières internes. Plus une

personne est consciente d'elle-même, plus elle adopte une attitude réaliste à son égard, plus elle se montre capable de communiquer avec elle-même et avec les autres.

V.-J. Durand.

L'électroencéphalogramme de la crise convulsive de l'électrochoc, par Y. Piette (d'Ostende). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 58, fasc. 3, mars 1958, p. 219-230).

Les tracés électro-encéphalographiques enregistrés au cours des crises de l'électro-choc, chez des malades préparés, soit par la succinyl-choline, soit par l'association succinylcholine-atropine, soit par la succinylcholine, l'atropine et le pentothal, montrent que le pentothal diminue la fréquence du rythme électrique convulsif et raccourcit la durée et la crise bioélectrique et convulsive. Il est possible de conclure de ces faits que la crise bio-électrique corticale de l'électro-choc ne joue pas de rôle important dans le mécanisme thérapeutique de la méthode de Cerletti. Des exemples sont rapportés. Huit figures.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude du coma insulinique prolongé, par N. Persic, V. Regina et N. Grčević (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija,* Zagreb, vol. 5, n° 3-4, 1957, p. 278-282).

Chez douze chiens soumis à l'hypoglycémie insulinique furent notées des modifications histo-pathologiques dans le cerveau, le foie, les reins et les surrénales. Au niveau de l'encéphale, le signe essentiel est l'œdème, avec hyperémie parenchymateuse et leptoméningée, une prolifération de l'endothélium capillaire, quelques hémorragies parenchymateuses au niveau des ganglions de la base et du pont de Varole. Quant au foie, aux reins et aux surrénales, ils montrent une congestion passive et une dégénération modérée. Diverses conclusions peuvent être tirées de ces recherches en ce qui concerne les applications thérapeutiques de l'insuline comatogène. Trois figures.

V.-J. Durand.

La chlorpromazine dans les psychoses endogènes, par Michel A. Chicata. (*Revista de Neuro-Psiquiatria,* Lima, t. 20, n° 3, septembre 1957, p. 280-295).

L'auteur a employé la chlorpromazine seule ou associée à d'autres traitements dans 45 schizophrénies et 9 psychoses maniaco-dépressives. Pour les premières, les résultats ont été les suivants : cas de moins d'un an, 80 % de rémissions complètes, 9,9 % de rémissions sociales et 4,8 % d'échecs ; cas de plus d'un an, 37,5 % de rémissions complètes, 33,3 % de rémissions sociales, 20,8 % d'améliorations intra-hospitalières, 8,3 % d'échecs. Dans la manie, la chlorpromazine seule ou associée à l'électro-choc ou à la réserpine permit une rémission en un à quatre mois. Quatre cas de mélancolie anxieuse guérirent en quatre à huit semaines de cure de sommeil par la chlorpromazine. Les résultats les meilleurs ont été obtenus dans l'ensemble par le

traitement associé avec l'électro-choc (78,6 %). Comme incidents thérapeutiques, l'auteur signale le parkinsonisme, les troubles de la conscience, l'insomnie, l'inquiétude psycho-physique pouvant obliger à cesser l'administration du médicament. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

La signification du rêve dans la psychothérapie de groupe, par S. Betlheim (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija,* Zagreb, vol. 5, n° 3-4, 1957, p. 221-237).

Le rêve est important, non seulement pour la psychothérapie individuelle, mais aussi pour celle de groupe. Il y a, d'ailleurs, une différence appréciable entre la signification du rêve et son interprétation, dans les deux formes de psychothérapie. Le traitement superficiel facilite, en particulier, la manifestation du transfert en ce qui concerne le groupe. Le contenu manifeste du rêve, ainsi que les associations consécutives, incitent les membres du groupe à la discussion de problèmes communs liés au matériel refoulé. Le rêve révèle le transfert vis-à-vis du thérapeute et des autres membres du groupe. Souvent, les associations de ces derniers incitent aux commentaires. L'exposé d'un rêve peut provoquer ceux qui l'écoutent à parler de leurs rêves personnels. Le groupe comprend fort bien la symbolique du rêve. Si le groupe a deux thérapeutes de sexe différent, le masculin représente l'imago paternelle, le féminin l'imago maternelle. Au cours du traitement, l'interprétation des rêves en groupe se montre plus superficielle que dans la psychothérapie profonde. L'auteur n'est pas d'accord avec Langen, qui considère la discussion des rêves en groupe comme contre-indiquée, car touchant aux problèmes intimes de chacun. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à la thérapeutique du delirium tremens, par E. F. Inga et F. Sbarbori (de Castiglione delle Stiviere). (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* vol. 47, fasc. 1, janvier-février 1958, p. 77-95).

Les auteurs font une revue critique des divers traitements appliqués actuellement dans le delirium tremens. Ils donnent les résultats obtenus dans une série de 22 cas, puis résument la thérapeutique adoptée. Elle comprend : des médicaments sédatifs (promazine en injection intraveineuse, puis intramusculaire, enfin *per os*), réhydratation associée à la reminéralisation (injections sous-cutanées de 500 cm^3 par jour de solution de Ringer-Locke, préférable au sérum chloruré isotonique), si nécessaire, injections d'hydrolysats protéiques, diète hydrique pendant huit jours (un litre à un litre et demi d'eau par jour), puis adjonction de 100 grammes de sucre et jus de citrons, extraits hépatiques à doses élevées, vitamines associées, avec prédominance du groupe B, tonicardiaques, extrait cortico-surrénal, antibiotiques. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Drogues, psychothérapie et transfert vital, par Henrique Y. de Barahona Fernandes (de Lisbonne). (*American Journal of Psychotherapy,* vol. 12, n° 2, avril 1958, p. 243-252).

L'auteur étudie les réactions de divers malades à la prise du méprobamate. Les résultats ont été très variés. Il en serait de même avec d'autres médicaments. Ceux-ci agissent sur trois plans : organique, psychologique, spirituel. Une notion intéressante est celle de transfert vital. Celui-ci est caractérisé par les faits suivants : la relation de transfert survient à un niveau affectif et instinctif dit vital ; elle est précipitée par des moyens thérapeutiques physiques (choc) et non primitivement par des actions psychothérapeutiques ; l'effet du transfert vital n'est ni inconscient, ni symbolique ; il constitue le résultat de l'influence directe sur les fonctions nerveuses et psychologiques, constituant une relation consciente et active avec une compréhension actuelle des problèmes et des situations. Tous ces processus peuvent être mis en route par le choc acétylcholinique et aussi par les neuroplégiques et les tranquillisants. Ces transferts positifs et négatifs survenant dans la pratique des diverses psychosomatothérapies doivent être interprétés dans le but de trouver le lien entre traitements physiques et psychologiques.

V.-J. Durand.

Psychose atébrinique dans le traitement du téniasis, par T. Ostojic (de Šibenik). (*Neuropsihijatrija,* Zagreb, vol. 5, n° 3-4, 1957, p. 301-306).

Les psychoses atébriniques sont relativement rares. Elles apparaissent surtout comme des syndromes maniaques. L'auteur décrit un cas de troubles mentaux, au cours du traitement par l'atébrine *per os,* à la dose de 1 g. 80, pour téniasis. L'administration de 50 mg. de chlorpromazine intramusculaire amena, au bout de trois jours, la guérison complète. Il est conseillé d'éviter l'atébrine chez toute personne à état général déficient, de même en cas d'affections du rein, du foie et du cœur, ainsi que chez des sujets ayant déjà présenté des accidents psychotiques ou susceptibles d'en montrer.

V.-J. Durand.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La séance ordinaire du mois d'octobre de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 27 octobre 1958, à 15 heures 30 précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

La séance clinique du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 10 novembre 1958, à 10 heures très précises, à l'amphithéâtre Magnan de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV[e] arrondissement).

La séance ordinaire du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 24 novembre 1958, à 15 heures 30 très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

L'assemblée générale et la séance ordinaire du mois de décembre de la Société médico-psychologique auront lieu le lundi 22 décembre 1958, à 15 heures 30 très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

Nécrologie.

Nous avons le regret d'apprendre le décès du D[r] Manceaux, professeur de clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de médecine d'Alger, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Légion d'honneur

M. le D[r] Mignot, médecin-chef de service des hôpitaux psychiatriques de la Seine, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Ordre de la santé publique

Au grade d'officier :

M. le D[r] J. Lalanne, médecin de l'hôpital psychiatrique de Lehon (Côtes-du-Nord).

Au grade de chevalier :

M. le D[r] Ch. Chanes, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne, membre titulaire de la Société médico-psychologique ;

M. le professeur A. Crémieux, à la Faculté de médecine de Marseille (Bouches-du-Rhône), membre titulaire de la Société médico-psychologique ;

M. le Dr Damey, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Privas (Ardèche) ;

Mlle le Dr P. Petit, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

M. le Dr P. Picard, médecin en chef de la marine, médecin-chef à l'hôpital maritime Sainte-Anne, Toulon (Var), membre correspondant national de la Société médico-psychologique ;

M. le Dr C. Pottier, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

Par arrêté en date du 7 août 1958 :

M. le Dr Régis (Louis), médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 12 août 1958.

M. le Dr Régis est nommé médecin-directeur honoraire des hôpitaux psychiatriques.

(*J.O.* du 14 août 1958, p. 7615).

Par arrêté du 15 juillet 1958 :

M. le Dr Hervé du Couëdic, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Bourg (Ain), a été nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Yzeure (Allier) ;

M. le Dr Lang (François), a été nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ravenel (Vosges) ;

Mlle le Dr Haumonte est chargée, à titre intérimaire, des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Alençon (Orne).

Il est mis fin, à compter du 1er juillet 1958, aux fonctions intérimaires de Mme le Dr Grimbert-Pivet, en qualité de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Alençon (Orne).

Par arrêté du 30 juillet 1958 :

M. le Dr Boutillier, chargé à titre intérimaire des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var), est mis à la disposition du préfet du Var, en vue d'exercer les fonctions de psychiatre départemental;

Mme le Dr Zangerlin-Colet, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Beauregard (Cher), est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Pau (Basses-Pyrénées) ;

M. le Dr Certhoux (Alain) est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Colson à la Martinique (poste créé) ;

Mlle le Dr Saucet, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Pau, est nommée médecin-chef à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ;

M. le Dr Carrère, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Fleury-

les-Aubrais (Loiret), est mis à la disposition du préfet de la Seine, en vue d'être affecté à l'un des hôpitaux psychiatriques de son département.

Par arrêté du 31 juillet :

M. le Dr Mignen (Jean-Claude) est mis à la disposition du préfet de la Corse, en vue d'exercer les fonctions de psychiatre départemental de la Corse ;

Mme le Dr Naviau (Jacqueline) est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle), poste créé.

(*J.O.* du 12 août 1958, p. 7568).

Mme le Dr Rayaud (Gisèle) est chargée, à titre intérimaire, des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Ylie (Jura) ;

M. le Dr Bruère-Dawson, médecin à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Plouguernevel (Côtes-du-Nord), est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Leyme (Lot), en remplacement de M. le Dr Biéder, appelé à d'autres fonctions ;

M. le Dr Lauxerois (Michel) est chargé, à titre intérimaire, des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève (Isère).

(*J.O.* du 10 septembre 1958, p. 8435).

M. le Dr J. de Verbizier est nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénees), en remplacement de M. le Dr Bertrand, appelé à d'autres fonctions ;

Mlle D. Bare est chargée, à titre intérimaire, des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne) ;

M. P. Sevestre est chargé, à titre intérimaire, des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Bégard (Côtes-du-Nord) ;

Mlle M.-Th. Haumonte est nommée médecin-assistant à l'hôpital psychiatrique de Hoerdt (Bas-Rhin), poste créé ;

M. le Dr J. Le Maux, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 4 juillet 1958. M. le Dr Le Maux est nommé médecin-chef honoraire des hôpitaux psychiatriques ;

M. le Dr Gouriou, admis à faire valoir ses droits à la retraite, en date du 23 mai 1958, est nommé médecin-chef honoraire des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Vacances de postes

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Yon (Vendée) ;

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ;

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).

(*J.O.* du 3 août 1958, p. 7321).

Un poste de médecin-chef est vacant à l'hôpital psychiatrique de Privas (Ardèche), poste créé.

(*J.O.* du 6 août 1958, p. 7414).

Un poste de médecin-chef est vacant à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Plouguernevel (Côtes-du-Nord).

(*J.O.* du 10 août 1958, p. 7540).

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Beauregard (Cher) ;

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève (Isère) ;

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Pau (Basses-Pyrénées) ;

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Sainte-Madeleine, à Bourg-en-Bresse (Ain).

(*J.O.* du 26 juillet 1958).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Privas (Ardèche) ;

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère) ;

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant au quartier psychiatrique de l'hôpital de la Timone, à Marseille (Bouches-du-Rhône) ;

Un poste de médecin-assistant est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Isère), service de M. le Dr Tosquelles (poste créé).

(*J.O.* du 16 septembre 1958, p. 8601).

Vacances de places d'internes

Plusieurs places d'internes en médecine sont actuellement vacantes à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec, près de Vannes (Morbihan).

Ces postes sont accessibles aux étudiants en médecine titulaires de 16 inscriptions validées et aux docteurs en médecine désirant se spécialiser. Traitement annuel de début : 471.200 fr., auquel s'ajoutent les avantages en nature habituels et des facilités pour la poursuite des études. S'adresser à M. le Directeur.

Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Fains (Meuse) ; 16 inscriptions exigées. S'adresser au médecin-directeur.

Directeur-gérant : Olivier Garand.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1958 (3e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 92.883. — 1958
Printed in France